Deutscher Bundestag **Drucksache 19/13452**
19. Wahlperiode 23.09.2019

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)

A. Problem und Ziel

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie verlaufen schwer und ziehen Komplikationen und Folgeerkrankungen nach sich. Eine Masern-Infektion ist damit anders als verbreitet angenommen keine harmlose Krankheit. Im Jahr 2018 kam es weltweit zu einer Verdoppelung der Masernfallzahlen. In Deutschland sind neben Kindern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen. Dies zeigt, dass die eigentlich im Kindesalter vorzunehmende Impfung vernachlässigt wurde.

Zur Prävention stehen gut verträgliche hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung, die eine langfristige Immunität vermitteln. Impfungen schützen nicht nur das Individuum gegen die Erkrankung. Impfungen verhindern gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung, wenn die erreichte Immunität durch Impfungen in der Bevölkerung hoch genug ist (Gemeinschaftsschutz). Bereits seit dem Jahr 1984 verfolgen die Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel der schrittweisen Eliminierung und schließlich weltweiten Ausrottung der Masern. Um die Zirkulation von Masern zu verhindern, ist bei mindestens 95 Prozent der Bevölkerung Immunität erforderlich. Deutschland hat die entsprechenden Impfquoten bislang nicht erreicht.

Die bisherigen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht in ausreichendem Maße durch. Eine große Zahl von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist nicht durch eine Impfung geschützt. Die Masern können damit weiter zirkulieren und es kommt immer wieder zu Ausbrüchen. Im Jahr 2017 hat die WHO Deutschland wiederum als ein Land mit einheimischer Masernverbreitung eingestuft. Allein bis Ende Mai 2019 wurden dem Robert Koch-Institut bereits 420 Masernfälle in Deutschland für das Jahr 2019 gemeldet. Es liegt daher eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit vor, der mit weiterführenden Maßnahmen begegnet werden muss.

Ziel des Gesetzes ist es, einen besseren individuellen Schutz insbesondere von vulnerablen Personengruppen sowie einen ausreichenden Gemeinschaftsschutz vor Maserninfektionen zu erreichen. Der Fokus liegt hierbei insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kommen. Damit werden vor allem auch jene Personen von einem Gemeinschaftsschutz profitieren, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung eine Schutzimpfung nicht in Anspruch nehmen können. Durch eine deutliche Steigerung der Impfquoten in Deutschland kann mittelfristig auch die Elimination der Masern in Deutschland und das von der WHO vorgegebene globale Ziel der Masernelimination erreicht werden.

B. Lösung

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit wird vorgesehen, dass Personen in bestimmten Einrichtungen entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Wer sich einer Impfung gegen Masern verweigert, setzt nicht nur seine eigene Gesundheit einer erheblichen Gefahr aus, sondern erhöht auch das Infektionsrisiko für andere Personen, die zum Beispiel aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden können. Deshalb muss eine entsprechende Impfpflicht in bestimmten Einrichtungen möglichst früh ansetzen und vor allem da gelten, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kommen. Die Durchführung der Schutzimpfung selbst bleibt jedoch grundsätzlich und insbesondere im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge freiwillig. Sie kann nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden.

Bei der Umsetzung soll unter anderem durch die neu geschaffene Möglichkeit, den Masernimpfstatus mit der Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nachweisen zu können, dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Einrichtungsleitungen nur im Rahmen ihrer fachlichen Kapazitäten an der Durchsetzung einer entsprechenden Impfpflicht beteiligt werden können.

Flankierend dazu erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die gesetzliche Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema „Impfen“ zu informieren.

Die Impfdokumentation muss nicht in schriftlicher Form erfolgen, sondern ist durch eine Bestätigung in elektronischer Form möglich. Daran anschließende Regelungen zur Digitalisierung, insbesondere zur elektronischen Patientenakte und zum Anschluss des öffentlichen Gesundheitsdienstes an die Telematik-Infrastruktur, werden in einem weiteren Gesetzgebungsvorhaben zum Thema Digitalisierung aufgenommen. Jeder Arzt soll in die Lage versetzt werden, nachgewiesene frühere Schutzimpfungen in einen Impfausweis nachzutragen.

Des Weiteren soll gesetzlich klargestellt werden, dass jeder Arzt Schutzimpfungen durchführen darf. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Krankenkassen sollen die Versicherten in geeigneter Form versichertenbezogen über fällige Schutzimpfungen informieren können. Schließlich werden beim Robert Koch-Institut (RKI) eine Mortalitäts- und eine Impfsurveillance vorgesehen.

C. Alternativen

Keine gleich wirksamen, da die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen noch nicht zu einem relevanten Rückgang der Maserninfektionen in Deutschland geführt haben. Neben der vorgesehenen verpflichtenden Impfung gegen Masern für Personen in bestimmten Einrichtungen zum Schutz vulnerabler Gruppen und zur Steigerung der Impfquoten enthält der Gesetzentwurf der Bundesregierung zahlreiche weitere flankierende Maßnahmen (siehe B.), die insgesamt zu einer Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung beitragen sollen.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung benötigt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema „Impfen“ zu informieren, ab dem Jahr 2020 zusätzlich einen jährlichen Betrag in Höhe von 2 Millionen Euro aus Bundesmitteln.

Beim RKI entstehen durch die gesetzlichen Aufgaben, eine Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst zu erstellen sowie eine Impfsurveillance umzusetzen, ab dem Jahr 2020 ein Gesamtaufwand von jährlich 530 000 Euro, der unter anderem fünfeinhalb zusätzliche Stellen einschließt. Die Mehraufwände sollen finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Anspruch besteht, mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben betragen in den Jahren 2020 und 2021 schätzungsweise bis zu 74 Millionen Euro und in den Folgejahren schätzungsweise 4,79 Millionen Euro pro Jahr. Gleichzeitig geht mit der Verbesserung der Impfprävention eine Verhütung von Maserninfektionen einher. Dadurch werden Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe vermieden.

In entsprechendem Umfang werden die Träger der Beihilfe be- und entlastet. Die daraus folgenden Mehrausgaben im Beihilfebereich des Bundes im Haushaltsjahr 2020 von rund 250 000 Euro und ab dem Jahr 2021 von jährlich rund 15 000 Euro werden im Rahmen der bestehenden Ansätze im jeweilig betroffenen Einzelplan ausgeglichen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht Erfüllungsaufwand für ärztliche Zeugnisse und serologische Untersuchungen, deren Kosten teilweise nicht von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

den privaten Krankenversicherungsunternehmen oder der Beihilfe erstattet werden, und zwar in Höhe von rund 9,7 Millionen Euro in den Jahren 2020 und 2021 und in den Folgejahren schätzungsweise 347 000 Euro pro Jahr. Des Weiteren werden für die Ausstellung von Impfstatusbescheinigungen bei Personen ohne Impfdokumente einmalig Kosten in Höhe von 870 000 Euro anfallen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Allen Kindertageseinrichtungen in privater Trägerschaft, Kindertagespflegepersonen und Schulen in privater Trägerschaft zusammen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen. In den Jahren 2020 und 2021 entfallen rund 3,02 Millionen Euro auf Kindereinrichtungen und Schulen in privater Trägerschaft, in den Folgejahren von schätzungsweise 241 500 Euro pro Jahr.

Den medizinischen Einrichtungen entsteht durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen Erfüllungsaufwand in Höhe rund 2,4 Millionen Euro in den Jahren 2020 und 2021 und in den Folgejahren von 240 000 Euro pro Jahr.

Der jährliche Erfüllungsaufwand in Höhe von 482 000 Euro wird nach der „One-in-one-out“-Regel der Bundesregierung außerhalb dieses Vorhabens kompensiert. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft Entlastungen in anderen Regelungsbereichen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der vorgenannte Erfüllungsaufwand besteht aus Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Allen Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen erfassten Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen. Der Aufwand beträgt in den Jahren 2020 und 2021 schätzungsweise 8,2 Millionen Euro und in den Folgejahren schätzungsweise 395 000 Euro pro Jahr.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise.

Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegen säumige Personen und Einrichtungen insbesondere durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber stehen.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten.

F. Weitere Kosten

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Für die Träger der privaten Krankenversicherung ergeben sich durch die Durchführung zusätzlicher Schutzimpfungen gegen Masern, auf die bereits heute ein Anspruch besteht, in den Jahren 2020 und 2021 Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise 8,4 Millionen Euro und in den Jahren 2022 bis 2024 von rund 800 000 Euro pro Jahr. Dem stehen Minderausgaben durch die Vermeidung von Kosten für die Behandlung von Masernerkrankungen gegenüber.
Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 23. September 2019

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Wolfgang Schäuble
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und
zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 980. Sitzung am 20. September 2019 gemäß Artikel 76
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Angela Merkel

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention

(Masernschutzgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 14b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) Nach der Angabe zu § 4 wird folgende Angabe zu § 4a eingefügt:
      „§ 4a Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst“.
   b) Die Angabe zu § 22 wird wie folgt gefasst:
      „§ 22 Impfdokumentation“.
2. § 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 14 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
   b) Die folgenden Nummern 15 und 16 werden angefügt:
      „15. Leitung der Einrichtung
      Die Person, die von dem Träger der Einrichtung mit den Leitungsaufgaben beauftragt ist; das betrifft auch
         a) die selbständig tätige Person für ihren Zuständigkeitsbereich selbst,
         b) die von dem Träger einer Einrichtung beauftragte Person, die einrichtungsübergreifend Leitungsaufgaben wahrzunehmen hat,
      16. personenbezogene Angabe
      Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend, Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes der betroffenen Person.“
3. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a
Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst

(1) Das Robert Koch-Institut erstellt jährlich zur Beurteilung der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland eine Bundesstatistik zu den für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen in Bund, Ländern und Kommunen. Stichtag für die Erhebungen ist der erste Kalendertag des jeweiligen Jahres. Das Robert Koch-Institut legt die Bundesstatistik jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Auskunftspflichtig sind die für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen.

(2) Jeweils bis zum 31. Mai eines Jahres übermitteln die für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen folgende Daten in elektronischer Form an das Robert Koch-Institut:

1. Bezeichnung der zuständigen Stelle mit Angabe des jeweiligen Rechtsträgers,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. Anzahl der bei der zuständigen Stelle Beschäftigten, aufgegliedert nach Zugehörigkeit
   a) zu einer bestimmten Altersgruppe,
   b) zu einem bestimmten Geschlecht,
   c) zu einer bestimmten Berufsgruppe und
   d) zu einer bestimmten Tätigkeitsgruppe (Art der Beschäftigung).“

4. § 6 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
      aa) Nach Buchstabe r wird folgender Buchstabe s eingefügt:
          „s) zoonotische Influenza,“.
      bb) Nach der Aufzählung werden die Wörter „sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,“ gestrichen.
   b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:
      „1a. die Erkrankung und der Tod in Bezug auf folgende Krankheiten:
          a) behandlungsbedürftige Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,
          b) Meningoenzephalitis durch humanpathogene Bornaviren,
          c) Clostridioides-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf; ein klinisch schwerer Verlauf liegt vor, wenn
             aa) der Erkrankte zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridioides-difficile-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wird,
             bb) der Erkrankte zur Behandlung der Clostridioides-difficile-Infektion oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wird,
             cc) ein chirurgischer Eingriff, zum Beispiel Kolektomie, aufgrund eines Megakolons, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis erfolgt oder
             dd) der Erkrankte innerhalb von 30 Tagen nach der Feststellung der Clostridioides-difficile-Infektion verstirbt und die Infektion als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wurde,“.
   c) Absatz 2 wie folgt geändert:
      aa) Folgender Satz wird vorangestellt:
          „Dem Gesundheitsamt ist über die Meldung nach Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe i hinaus zu melden, wenn Personen an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis infolge einer Maserninfektion erkranken oder versterben.“
      bb) Im neuen Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 1 Nummer 1a Buchstabe a“ ersetzt und wird das Wort „leiden“ durch die Wörter „erkrankt sind“ ersetzt.
      cc) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „Die Meldung nach Satz 1“ durch die Wörter „Die Meldung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

5. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:
      „3a. humanpathogene Bornaviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis“.
   b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:
      „6a. Chikungunya-Virus“.
   c) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:
      „10a. Dengue-Virus“.
   d) Nach Nummer 48 wird folgende Nummer 48a eingefügt:
      „48a. West-Nil-Virus“.
   e) Nach Nummer 50 wird folgende Nummer 50a eingefügt:
      „50a. Zika-Virus und sonstige Arboviren“.
   f) Folgende Nummer 52 wird angefügt:
      „52. der direkte Nachweis folgender Krankheitserreger:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

a) Staphylococcus aureus, Methicillin-resistente Stämme; Meldepflicht nur für den Nachweis aus Blut oder Liquor
b) Enterobacterales bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation
c) Acinetobacter spp. bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation.“

6. § 9 wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 1 Nummer 1 wird folgender Buchstabe q angefügt:
      „q) Zugehörigkeit zu den in § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Personengruppen,“.
   b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
      „(6) Die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern werden jeweils fallbezogen mit den Daten der zu diesem Fall geführten Ermittlungen und getroffenen Maßnahmen sowie mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen auch an die zuständigen Stellen der Bundeswehr übermittelt, sofern die betroffene Person einer Personengruppe im Sinne des § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 angehört.“
7. Dem § 13 werden die folgenden Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) Das zuständige Standesamt hat dem Robert Koch-Institut für Zwecke der Feststellung einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit anonymisiert den Tod, die Todeserklärung oder die gerichtliche Feststellung der Todeszeit einer im Inland verstorbenen Person mitzuteilen (Mortalitätssurveillance). Im Rahmen der Mortalitätssurveillance sind folgende Daten spätestens am dritten Arbeitstag nach der Eintragung in das Sterberegister zu übermitteln:
1. Daten zum übermittelnden Standesamt,
2. Geschlecht der verstorbenen Person,
3. Jahr und Monat der Geburt der verstorbenen Person,
4. Todestag oder Todeszeitraum,
5. Sterbeort,
6. Landkreis oder kreisfreie Stadt des letzten Wohnsitzes der verstorbenen Person,
7. Datum der Eintragung in das Sterberegister.

Die Mitteilung erfolgt elektronisch. Die Daten können durch das Robert Koch-Institut anderen obersten und oberen Bundes- und Landesbehörden für den gleichen Zweck übermittelt werden.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dem Robert Koch-Institut für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und Impfeffekten pseudonymisierte Versorgungsdaten zur Verfügung zu stellen (Impfsurveillance). Im Rahmen der Impfsurveillance sind folgende Daten in vom Robert Koch-Institut festgelegten Zeitabständen zu übermitteln:
1. Patienten-Pseudonym,
2. Geburtsmonat und -jahr,
3. Geschlecht,
4. 3-stellige Postleitzahl und Landkreis des Patienten,
5. Landkreis des behandelnden Arztes,
6. Fachrichtung des behandelnden Arztes,
7. Datum der Impfung, der Vorsorgeuntersuchung, des Arzt-Patienten-Kontaktes und Quartal der Diagnose,
8. antigenspezifischer Abrechnungscode der Impfung, Diagnosecode nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) sowie Leistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab,
9. Diagnosesicherheit,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

10. Diagnosetyp.

Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für das Robert Koch-Institut auszuschließen. Das Robert Koch-Institut bestimmt das Verfahren zur Pseudonymisierung nach Satz 2 Nummer 1 sowie die technischen Übermittlungsstandards für die zu übermittelnden Daten."

8. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung zielgruppenspezifisch über die Bedeutung von Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten."

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Zur Durchführung von Schutzimpfungen ist jeder Arzt berechtigt. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen. Die Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen nach anderen bundesrechtlichen Vorschriften bleibt unberührt."

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht an Schutzimpfungen oder an anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilnehmen können, können durch Rechtsverordnung nach Satz 1 nicht zu einer Teilnahme an Schutzimpfungen oder an anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe verpflichtet werden."

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

d) Absatz 7 Satz 3 wird aufgehoben.

e) Die folgenden Absätze 8 bis 14 werden angefügt:

„(8) Folgende Personen müssen einen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern aufweisen:

1. Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden,
2. Personen, die bereits vier Wochen
   a) in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder
   b) in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, und
3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben.

Satz 1 gilt auch, wenn zur Erlangung von Impfschutz gegen Masern ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, die auch Impfstoffkomponenten gegen andere Krankheiten enthalten. Satz 1 gilt nicht für Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.

(9) Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden sollen oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit folgenden Nachweis vorzulegen:

1. eine Impfdokumentation nach § 22 Absatz 1 und 2 oder ein ärztliches Zeugnis, auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, darüber, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, oder
2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass bei ihnen eine Immunität gegen Masern vorliegt oder sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die zuständige Behörde kann bestimmen, dass vor der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt gegenüber zu erbringen ist. Die Behörde, die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch zuständig ist, kann bestimmen, dass vor dem Beginn der Tätigkeit im Rahmen der Kindertagespflege der Nachweis nach Satz 1 ihr gegenüber zu erbringen ist. Die Leitung der jeweiligen Einrichtung darf eine Person, die keinen Nachweis nach Satz 1 erbringt und keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, nicht in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 zur Betreuung aufnehmen und darf einer solchen Person in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 keine Tätigkeit übertragen. Die zuständige Behörde kann allgemeine Ausnahmen zulassen. Wenn sich aus dem Nachweis nach Satz 1 ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.

(10) Personen, die am 1. März 2020 bereits in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen. Wenn der Nachweis nicht bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.

(11) Personen, die bereits vier Wochen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 wie folgt vorzulegen:

1. innerhalb von vier weiteren Wochen oder,
2. wenn sie am 1. März 2020 bereits betreut werden oder untergebracht sind, bis zum Ablauf des 31. Juli 2021.

Wenn der Nachweis nicht bis zu dem in Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 genannten Zeitpunkt vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.

(12) Folgende Personen haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 vorzulegen:

1. Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden,
2. Personen, die bereits acht Wochen
   a) in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder
   b) in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, und
3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind.

Wenn der Nachweis nicht vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollstän-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

digt werden kann, kann das Gesundheitsamt die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Beratung laden und hat diese zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern aufzufordern. Das Gesundheitsamt kann gegenüber einer Person, die trotz Aufforderung nach den Sätzen 1 und 2 keinen Nachweis vorlegt, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, soweit die Person keiner gesetzlichen Schul- oder Unterbringungsverpflichtung unterliegt. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.

(13) Wenn eine nach den Absätzen 9 bis 12 verpflichtete Person minderjährig ist, so hat derjenige für die Einhaltung der diese Person nach den Absätzen 9 bis 12 treffenden Verpflichtungen zu sorgen, dem die Sorge für diese Person zusteht. Die gleiche Verpflichtung trifft den Betreuer einer von Verpflichtungen nach den Absätzen 9 bis 12 betroffenen Person, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

(14) Durch die Absätze 6 bis 12 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“

9. § 22 wird wie folgt gefasst:

„§ 22
Impfdokumentation

(1) Jede Schutzimpfung ist unverzüglich in einen Impfausweis, oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, in einer Impfbescheinigung zu dokumentieren (Impfdokumentation).

(2) Die Impfdokumentation muss zu jeder Schutzimpfung folgende Angaben enthalten:

1. Datum der Schutzimpfung,
2. Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes,
3. Name der Krankheit, gegen die geimpft wurde,
4. Name und Anschrift der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person sowie
5. Bestätigung in Schriftform oder in elektronischer Form mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem qualifizierten elektronischen Siegel durch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person.

Bei Nachtragungen in einen Impfausweis kann jeder Arzt die Bestätigung nach Satz 1 Nummer 5 vornehmen oder hat das zuständige Gesundheitsamt die Bestätigung nach Satz 1 Nummer 5 vorzunehmen, wenn dem Arzt oder dem Gesundheitsamt eine frühere Impfdokumentation über die nachzutragende Schutzimpfung vorgelegt wird.

(3) In der Impfdokumentation ist hinzuweisen auf

1. das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen,
2. die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie
3. Stellen, bei denen die sich aus einem Impfschaden ergebenden Ansprüche geltend gemacht werden können.

(4) In der Impfdokumentation ist über notwendige Folge- und Auffrischimpfungen mit Terminvorschlägen zu informieren, so dass die geimpfte Person diese rechtzeitig wahrnehmen kann.“

10. § 23 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 10 wird das Wort „und“ gestrichen.
      bb) In Nummer 11 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.
      cc) Folgende Nummer 12 wird angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„12. Rettungsdienste.“

b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   aa) In Nummer 7 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
   bb) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.
   cc) Folgende Nummer 9 wird angefügt:
   „9. Rettungsdienste.“

c) Nach Absatz 8 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
   „Für Rettungsdienste können die Landesregierungen erforderliche Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 regeln.“

11. In § 28 Absatz 2 werden die Wörter „ärztliche Bescheinigung“ durch die Wörter „ärztliches Zeugnis“ ersetzt.
12. § 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 33
Gemeinschaftseinrichtungen

Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden. Dazu gehören insbesondere:

1. Kindertageseinrichtungen und Kinderhorte,
2. die nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtige Kindertagespflege,
3. Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen,
4. Heime und
5. Ferienlager.“

13. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a Nummer 7 werden die folgenden Nummern 7a bis 7d eingefügt:
   „7a. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 4 eine Person zur Betreuung aufnimmt oder einer Person eine Tätigkeit überträgt,
   7b. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 6, Absatz 10 Satz 2 oder Absatz 11 Satz 2 eine Benachrichtigung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt,
   7c. entgegen § 20 Absatz 12 Satz 1, auch in Verbindung mit § 20 Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2, einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
   7d. einer vollziehbaren Anordnung nach § 20 Absatz 12 Satz 3, auch in Verbindung mit § 20 Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2, zuwiderhandelt,“.

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Absatzes 1a Nr. 8, 9b, 11a, 17a und 21“ durch die Wörter „Absatzes 1a Nummer 7a bis 7d, 8, 9b, 11a, 17a und 21“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S.646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20a Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „fördern“ die Wörter „im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ eingefügt.
2. In § 20f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „Jugendhilfe“ die Wörter „sowie über deren Information über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2“ eingefügt.
3. § 20i wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

a) Absatz 1 Satz 7 wird aufgehoben.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Soweit Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen haben, schließt dieser Anspruch die Bereitstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes ein. Die Krankenkassen können die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen, für die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.“

4. Nach § 26 Absatz 2 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„In der ärztlichen Dokumentation über die Untersuchungen soll auf den Impfstatus in Bezug zu Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden, um einen Nachweis im Sinne des § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes und des § 34 Absatz 10a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ermöglichen.“

5. § 132e Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten“ durch das Wort „Ärzten“ ersetzt, werden die Wörter „geeignetem ärztlichen Personal“ durch die Wörter „ärztlichem Personal“ und die Wörter „oder den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es sind insbesondere Verträge abzuschließen mit

1. den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
2. den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und
3. dem öffentlichen Gesundheitsdienst.“

c) In Satz 3 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ ersetzt.

6. In § 285 Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuches“ die Wörter „oder nach § 13 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.

Artikel 3

Aufhebung der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung

Die IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung vom 18. März 2016 (BGBl. I S. 515) wird aufgehoben.

Artikel 4

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. März 2020 in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Anders als oft angenommen, handelt es sich bei Masern nicht um eine harmlose Kinderkrankheit. Masern werden durch Viren ausgelöst und gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. In vielen Fällen treten schwere Komplikationen, im schlimmsten Fall mit Todesfolge auf. In Deutschland sind nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen.
Schutzimpfungen bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion. Die Zahl der Masernfälle zeigt allerdings, dass der Impfschutz in Deutschland Lücken hat. Die bisherigen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht in ausreichendem Maße durch. Oftmals wird das Risiko einer Erkrankung und nachfolgender Komplikationen aus Unkenntnis falsch eingeschätzt. Die Masern können damit weiter zirkulieren und es kommt immer wieder zu Ausbrüchen. Allein bis Ende Mai 2019 wurden dem Robert Koch-Institut bereits 420 Masernfälle für das Jahr 2019 gemeldet.
Ziel des Gesetzes ist der bessere Schutz vor Maserninfektionen, insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kommen. Damit werden insbesondere auch jene Personen geschützt, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung eine Schutzimpfung nicht in Anspruch nehmen können. Zudem sollen praktische Barrieren abgebaut werden, um die Umsetzung von Impfempfehlungen zu vereinfachen und so zu einer generellen Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung zu kommen. Eine Masernimpfpflicht in bestimmten Einrichtungen kann dazu beitragen, vor einer hochansteckenden und gefährlichen Krankheit wie Masern zu schützen. Sie ist auch ein angemessenes Mittel, um eine schwere Gefährdung für Leben und Gesundheit von Personen, die nicht geimpft werden können zu verhindern.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Für Personen in bestimmten Einrichtungen wird zum Schutz der öffentlichen Gesundheit vorgesehen, dass diese entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber eine Immunität gegen Masern nachweisen müssen. Mit einer verpflichtenden Regelung wird bei denjenigen Personen, die bislang aus verschiedenen Gründen keinen ausreichenden Impfschutz gegen Masern aufweisen, der Impfschutz verbessert.
Flankierend dazu erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die gesetzliche Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema „Impfen“ zu informieren.
Die Impfdokumentation muss nicht in schriftlicher Form erfolgen, sondern ist durch eine Bestätigung in elektronischer Form möglich. Daran anschließende Regelungen zur Digitalisierung, insbesondere zur elektronischen Patientenakte und zum Anschluss des öffentlichen Gesundheitsdienstes an die Telematik-Infrastruktur, werden in einem weiteren Gesetzgebungsvorhaben zum Thema Digitalisierung aufgenommen. Jeder Arzt soll in die Lage versetzt werden, frühere nachgewiesene Schutzimpfungen in einen Impfausweis nachzutragen.
Des Weiteren soll gesetzlich klargestellt werden, dass jeder Arzt Schutzimpfungen durchführen darf. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Krankenkassen sollen die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen versichertenbezogen informieren können.
Schließlich werden beim Robert Koch-Institut (RKI) eine Mortalitäts- und eine Impfsurveillance vorgesehen.

III. Alternativen

Keine gleich wirksamen, da die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen noch nicht zu einem relevanten Rückgang der Maserninfektionen in Deutschland geführt haben. Neben der vorgesehenen verpflichtenden Impfung gegen Masern für bestimmte Personen zum Schutz vulnerabler Gruppen und zur Steigerung der Impfquoten enthält der Gesetzentwurf der Bundesregierung zahlreiche weitere flankierenden Maßnahmen (siehe II.), die insgesamt zur einer Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung beitragen sollen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Statistik für Bundeszwecke ergibt sich aus Artikel 73 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes (GG). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten bei Menschen und zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.
Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergibt sich aus auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG (Sozialversicherung).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union sowie mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Regelungen zur Rechts- oder Verwaltungsvereinfachung sind nicht vorgesehen. Die Bestimmungen über die Überprüfung der gesundheitlichen Anforderungen werden in Bezug auf die Schulen so ausgestaltet, dass die Überprüfung im Rahmen der bestehenden Erhebungen nach § 34 Absatz 11 IfSG erfolgen kann.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft. Das Regelungsvorhaben zielt auf eine Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern und Frauen insbesondere durch Hirnhautentzündungen nach einer Maserninfektion. Ferner befördert das Regelungsvorhaben den Beitrag Deutschlands im Rahmen der globalen Maserneliminationen. Dadurch wird die globale Partnerschaft für nachhaltige Entwicklung gestärkt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung benötigt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen zu informieren, ab dem Jahr 2020 zusätzlich einen jährlichen Betrag in Höhe von 2 Millionen Euro aus Bundesmitteln (Kapitel 15 03 Titel 531 01).
Beim Robert Koch-Institut entsteht durch die gesetzlichen Aufgaben, eine Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst zu erstellen sowie eine Impfsurveillance umzusetzen, ab dem

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Jahr 2020 ein Gesamtaufwand von jährlich 530.000 Euro. Er setzt sich zusammen aus den Ausgaben für fünfeinhalb zusätzliche Stellen (3 Stellen E14, 1 Stelle E10, 1,5 Stellen E9b) sowie den erforderlichen Sachmitteln zur Etablierung und zum dauerhaften Betrieb der Impfsurveillance.
Die Mehraufwände sollen finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.
Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht, mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben betragen in den Jahren 2020/21 schätzungsweise bis zu 74 Millionen Euro. Dabei betragen die Kosten pro Impfleistung 55 Euro (pro Dosis MMR-Impfstoff 47 Euro und Arztkosten von 8 Euro, entspricht Mittelwert). Die Anzahl der im ersten Jahr erwartbaren zusätzlichen Impfungen für alle Versicherten (gesetzliche und private Krankenversicherung) beträgt schätzungsweise 79 000 Impfungen bei Aufnahme in die Kindertageseinrichtung, 361 000 Impfungen bei Kindern in Kitas, 38 200 Impfungen bei Kindern in Tagespflege, 71 000 Impfungen bei der Einschulung und 800 000 Impfungen bei Schulkindern. Bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen sind schätzungsweise 166 000 Impfungen und in medizinischen Einrichtungen 60 000 Impfungen zu erwarten. Dies entspricht insgesamt 1,57 Millionen Impfungen (eine Impfdosis) für alle Versicherten, damit anteilig 1,41 Millionen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen können für das Personal, das in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG tätig ist, keine genauen Angaben erfolgen.
In den Folgejahren fallen jährlich Mehrausgaben von schätzungsweise 4,79 Millionen Euro an. Dies betrifft zusätzliche Impfungen bei Neuaufnahmen in Kindertagesstätten und beim Schuleintritt von Kindern, die zuvor keine Kita besucht haben, sowie Personalneueinstellungen in Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen.
In entsprechendem Umfang werden die Träger der Beihilfe be- und entlastet. Die daraus folgenden Mehrausgaben im Beihilfebereich des Bundes im Haushaltsjahr 2020 von rund 250.000 Euro und ab 2021 von jeweils rund 15.000 Euro werden im Rahmen der bestehenden Ansätze im jeweilig betroffenen Einzelplan ausgeglichen.
Durch die Verhütung von Maserninfektionen, die mit der Verbesserung der Impfprävention einhergeht, werden Kosten für Krankenbehandlungen in einem nicht näher zu bestimmendem Umfang reduziert.

4. Erfüllungsaufwand

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihrer Nachweispflicht über ihren Impfstatus dadurch nachkommen, dass sie einen Impfausweis oder einer Impfbescheinigung nach § 22 IfSG vorlegen, aus dem oder der sich ein den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) entsprechender Impfschutz ergibt, entsteht ihnen kein Erfüllungsaufwand abgesehen von der Handlung des Vorlegens (Informationspflicht).
Die Kosten für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen Masern entsprechend den Empfehlungen der STIKO und für die damit zusammenhängende Dokumentation der Impfungen im Impfausweis oder in einer Impfbescheinigung werden von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung getragen.
Die nachfolgend aufgeführten ärztlichen Leistungen und Laborleistungen hingegen werden, wenn sie erforderlich werden, teilweise nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen und werden mit der Bürgerin oder dem Bürger als privatärztliche Leistung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.
Wenn in Ermangelung eines Impfausweises und einer Impfbescheinigung nach § 22 IfSG (zum Beispiel wegen Verlust des Dokuments) eine gesonderte Bescheinigung über den Impfstatus eingeholt werden muss, entstehen Kosten nach Nummer 70 (Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) der Anlage zur GOÄ (Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen) mit einem Faktor von maximal 2,3, so dass je nach ärztlichem Ermessen Kosten zwischen 2,50 und 5 Euro anfallen. Bei geschätzten fünf Prozent ohne Impfdokumentation der nachweispflichtigen Personen betragen die Kosten für die Impfstatusbescheinigung einmalig

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

rund 870 000 Euro. In den Folgejahren fallen Kosten in geringfügiger, nicht quantifizierbarer Höhe an.

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihren Pflichten nach Absatz 9 bis 12 dadurch nachkommen, dass sie ein ärztliches Zeugnis über eine serologische Testung auf Masern-Antikörper vorlegen, kostet die ärztliche Leistung nach Nummer 1 (Beratung), Nummer 5 (kleine körperliche/ symptomenbezogene Untersuchung) und Nummer 250 (Blutentnahme) des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen zwischen 12 und 25 Euro. Hinzu kommen die Laborkosten für die Serologie im Labor, die privat nach GOÄ oder als Igel-Leistung (Nummer 4396 für Masern-Antikörper vom Typ Immunglobulin-G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen) abgerechnet werden, in Höhe von 13,99 bis 16,09 Euro, in der Regel rechnen die Labore hier den 1,15-fachen Satz ab, also entstehen Kosten in Höhe von etwa 16 bis 18,50 Euro pro serologischer Untersuchung. Die Kosten für die Bürgerin oder den Bürger betragen für den Nachweis einer serologisch ermittelten Immunität also insgesamt zwischen 28 und 43 Euro.

ärztliche Zeugnisse über Immunität gegen Masern nach Masern-Titerbestimmung	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	210 000	21 000
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	582 000	58 000
bei Personal in Einrichtungen nach §36 Absatz 1 Nummer 4	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar
bei Aufnahme in Kindertageseinrichtungen und bei Kitakindern	1,54 Millionen	28 000
bei Aufnahme in Kindertagespflege	134 000	13 000
bei Aufnahme in Schulen und bei Schülern	3,04 Millionen	90 000
gesamt	5,5 Millionen	210 000

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihren Pflichten durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses über das Bestehen einer medizinischen Kontraindikation zur Befreiung von einer Masern-Impfung nachkommen, fallen für das Einholen einer solchen Bescheinigung nach Nummer 75 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen (ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)) mit einem Faktor von maximal 2,3 je nach ärztlichem Ermessen Kosten zwischen 7,50 und 17 Euro an.

Kosten ärztlicher Zeugnisse über eine bestehende Kontraindikation gegen Masernimpfung	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	804 000	80 000
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	265 000	26 000
bei Personal in Einrichtungen nach §36 Absatz 1 Nummer 4	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren betreut in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Satz 1 Nummer 1 bis 3	3,13 Millionen	31 000
gesamt	4,2 Millionen	137 000

In der Berechnung der Kosten für alle Bürgerinnen und Bürger werden zu den genannten Kostenspannen Mittelwerte zu Grunde gelegt (4 Euro für ein Attest, 12 Euro für Bescheinigung medizinischer Kontraindikation, 35 Euro bei serologischer Untersuchung).

Wirtschaft

Schätzung des Erfüllungsaufwands der Einrichtungen bei der Prüfung der vorgelegten Nachweise:

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	1,4 Millionen	140 000
Kindertagespflege hinsichtlich Kinder und Personal	103 000	10 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	515 000	51 000
medizinische Einrichtungen	1,6 Millionen	160 000
Summe	3,61 Millionen	361 000

Schätzung des Erfüllungsaufwands der Einrichtungen für die Benachrichtigung des Gesundheitsamts bei Nichtvorlage des erforderlichen Nachweises:

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	694 000	9 500
Kindertagespflege hinsichtlich Kinder und Personal	52 000	5000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	257 000	26 000
medizinische Einrichtungen	803 000	80 000
Summe	1,8 Millionen	116 000

Den Meldepflichtigen (Ärzte und Labore) entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten für humanpathogene Infektionen mit Bornaviren und für Erkrankungs- und Todesfälle mit subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) infolge einer Maserninfektion.

Verwaltung

Schätzung des Erfüllungsaufwands der Einrichtungen bei der Prüfung der vorgelegten Bescheinigungen:

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	868 000	11 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	4,62 Millionen	148 500
Asylbewerberheime	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar
medizinische Einrichtungen (ÖGD)	15 500	1500
Summe	5,5 Millionen	161 500

Schätzung des Erfüllungsaufwands der Einrichtungen für die Benachrichtigung des Gesundheitsamts bei Nichtvorlage des erforderlichen Nachweises:

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	433 900	5 500
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	2,3 Millionen	230 000
Asylbewerberheime	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar
medizinische Einrichtungen (ÖGD)	155 000	15 000
Summe	2,9 Millionen	250 500

Den Gesundheitsämtern entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise.
Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegen säumige Personen und Einrichtungen insbesondere durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber stehen.
Den Gesundheitsämtern entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten für humanpathogene Infektionen mit Bornaviren und für Erkrankungs- und Todesfälle mit subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) infolge einer Maserninfektion.

5. Weitere Kosten

Für die Träger der privaten Krankenversicherung ergeben sich durch die Durchführung zusätzlicher Schutzimpfungen gegen Masern, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht, in den Jahren 2020/2021 Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise 8,4 Millionen Euro und in den Jahren 2022 bis 2024 von rund 800 000 Euro pro Jahr. Dem stehen Minderausgaben durch die Vermeidung von Kosten für die Behandlung von Masernerkrankungen gegenüber.
Weitere Kosten für die Wirtschaft, insbesondere für mittelständische Unternehmen, entstehen nicht.
Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher und keine gleichstellungspolitischen oder demografischen Auswirkungen.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung des Gesetzes ist nicht vorgesehen. Nach Ablauf des 31. Juli 2021 soll der Stand der Umsetzung des Gesetzes mit den Ländern geprüft werden. Die Evaluierung soll insbesondere durch eine Auswertung der erreichten Impfquoten gegen Masern ab 2020 erfolgen. Die Impfquoten können mit den Daten der Impfsurveillance zeitnah ermittelt werden. Den Stand der Elimination der Masern prüft die Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln am Robert Koch-Institut jährlich anhand von der Weltgesundheitsorganisation vorgegebener Zielkriterien und Indikatoren.
Die gesamten den Schutz gegen Masern betreffenden Bestimmungen können in der Zukunft nach erfolgreicher Durchführung des Masereliminationsprogramms wieder aufgehoben werden, sobald die Weltgesundheitsorganisation (WHO) förmlich festgestellt hat, dass Masern eliminiert sind. Im Hinblick darauf, dass das Zeitziel der WHO für die Maserelimination bereits mehrfach verschoben werden musste, kann allerdings keine bestimmte Befristung des Gesetzes erfolgen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (IfSG)
Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)
Zu Buchstabe a
Folgeänderung zu Nummer 3.
Zu Buchstabe b
Folgeänderung zu Nummer 9.
Zu Nummer 2 (§ 2)
In § 2 werden zwei Begriffsbestimmungen neu gefasst:
Nummer 15 zur „Leitung der Einrichtung“ soll die von dem Träger der Einrichtung mit den Leitungsaufgaben beauftragte Person als solche definieren, das betrifft auch die selbständig tätige Person, die für ihren Zuständigkeitsbereich selbst als Leitung der Einrichtung anzusehen ist und sie daher für die Erfüllung der entsprechenden Pflichten zuständig ist (Buchstabe a).
Auch die von dem Träger einer Einrichtung bestimmte Person, die einrichtungsübergreifend Leitungsaufgaben wahrzunehmen hat, ist als „Leitung der Einrichtung“ im Sinne des Gesetzes zu verstehen (Buchstabe b).
Nummer 16 soll aus Gründen der Rechtsklarheit diejenigen Daten konkretisieren, die nach dem Gesetz als „personenbezogene Angaben“ übermittelt werden können.
Zu Nummer 3 (§ 4a)
Die Bundesstatistik trägt dazu bei, den öffentlichen Gesundheitsdienst zielgerichtet weiterzuentwickeln und Unterstützungsbedarf erkennen zu können. Für die für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Stellen in Bund, Ländern und Kommunen wird eine Bundesstatistik nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Bundesstatistikgesetzes (BStatG) mit Auskunftpflicht nach § 15 BStatG angeordnet.
Zu Nummer 4 (§ 6)
Zu Buchstabe a
Zu Doppelbuchstabe aa
Folgeänderung zu Artikel 3.
Zu Doppelbuchstabe bb
Folgeänderung zu Buchstabe b.
Zu Buchstabe b

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Neben den schon bisher meldepflichtigen Tatbeständen Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose (Nummer 1a Buchstabe a) werden folgende Meldepflichten in das IfSG aufgenommen:
In Nummer 1a Buchstabe b wird aufgrund der Zunahme von Erkrankungen, auch mit Todesfolge, eine Meldepflicht an einer Meningoenzephalitis durch humanpathogene Bornaviren vorgesehen. Aufgrund des anhaltenden Vorkommens von Bornavirusinfektionen beim Menschen und der Schwere der Erkrankung bei Menschen muss sichergestellt werden, das eine systematische Datenerhebung und Auswertung der Fälle erfolgt.
Aufgrund von geänderten genetischen Analysen wurde eine Neuzuordnung der Bakterien Clostridium difficile in Clostridioides difficile vorgenommen. Dadurch ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich des Meldetatbestandes an sich.
Zu Buchstabe c
Doppelbuchstabe aa
Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie verlaufen oft kompliziert und ziehen Folgeerkrankungen nach sich, die noch Monate nach der Masernerkrankung auftreten können. Die sogenannte subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist eine schwere und stets tödlich verlaufende Gehirnerkrankung, die als Spätfolge einer Maserninfektion entwickeln kann. Zur epidemiologischen Überwachung dieser Spätfolgen ist künftig bei an Masern erkrankten Personen auch zu melden, ob sie an dieser Folgeerkrankung erkranken oder versterben.
Doppelbuchstabe bb
Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie im Rahmen des IfSG.
Doppelbuchstabe cc
Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.
Zu Nummer 5 (§ 7)
Zu Buchstabe a
Vgl. zu Nummer 2 Buchstabe b.
Zu Buchstabe b
Folgeänderung zu Artikel 3.
Zu Buchstabe c
Folgeänderung zu Artikel 3.
Zu Buchstabe d
Folgeänderung zu Artikel 3.
Zu Buchstabe e
Folgeänderung zu Artikel 3.
Zu Buchstabe f
Folgeänderung zu Artikel 3.
Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse müssen die Meldetatbestände umformuliert werden. Neue genetische Analysen führten bei den Enterobakterien zu einer Unterteilung in weitere Untergruppen. Zu dem Zudem wurden neue Definitionen bei der Resistenztestmethodik von Bakterien eingeführt. Diese können zu anderen Ergebnissen und Bewertungen führen und mögliche Auswirkungen auf die Meldetatbestände haben.
Zu Nummer 6 (§ 9)
Zu Buchstabe a
Ob die betroffene Person einer der in § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Personengruppen zugehört, ist relevant für den Informationsaustausch mit den zuständigen Stellen der Bundeswehr (siehe Buchstabe b). Das Datum ist daher bei der Meldung zu erfassen.
Zu Buchstabe b
Nach dem neuen Absatz 6 sind die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern jeweils fallbezogen mit den Daten der zu diesem Fall geführten Ermittlungen und getroffenen Maßnahmen sowie mit den daraus gewonnenen Erkennt-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nissen von den zuständigen Gesundheitsämtern auch an die zuständigen Stellen der Bundeswehr zu übermitteln, sofern die betroffene Person einer Personengruppe gemäß Absatz 1 Nummer 1 q zugehört.

Zu Nummer 7 (§ 13)

Mortalitätssurveillance (Absatz 4)

Die zeitnahe Überwachung der Gesamtzahl der Todesfälle (Mortalitätssurveillance) – unabhängig von der Todesursache - dient der besseren Bewertung von Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung. Durch eine zeitnahe Mortalitätssurveillance können schwerwiegende – auch bislang unbekannte – Ereignisse für die öffentliche Gesundheit, die eine erhöhte Mortalität verursachen, frühzeitig erkannt und in ihrem Verlauf erfasst werden. Auf der Grundlage der dadurch gewonnenen Erkenntnisse können erforderliche Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit veranlasst werden beziehungsweise können bereits getroffenen Maßnahmen entsprechend angepasst werden. Zudem kann eine Mortalitätssurveillance zur zeitnahen Evaluation der Wirksamkeit getroffener Maßnahmen beitragen.

Neben der Entdeckung von Ereignissen kann die Mortalitätssurveillance auch dazu beitragen, die Auswirkung bekannter Ereignisse auf die Mortalität zu quantifizieren und zum Beispiel im Falle eines größeren Infektionsausbruchs belastbare Aussagen zum Ausmaß und zur Schwere zu treffen. Die Erkenntnisse werden genutzt, um gezielte und effektive Bekämpfungsmaßnahmen einzuleiten.

Impfsurveillance (Absatz 5)

Nach Absatz 5 Satz 1 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Robert Koch-Institut für Zwecke der epidemiologischen Überwachung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und Impfeffekten pseudonymisierte Versorgungsdaten zur Verfügung zu stellen (Impfsurveillance). Die am Robert Koch-Institut bereits etablierte Impfsurveillance auf Basis von ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztliche Vereinigungen ermöglicht eine Erfassung und Auswertung von Impfquoten in der Bevölkerung nach Altersgruppe, Geschlecht und Region. Ziel der Impfsurveillance ist, Defizite bei den Impfquoten zu erkennen und diese durch gezielte Maßnahmen in allen Bevölkerungsgruppen zu stärken. Zudem können Daten der Impfsurveillance herangezogen werden, um den Nutzen und die Wirksamkeit von eingeleiteten Maßnahmen und Impfprogrammen zu bewerten. Wie die Erfahrungen mit der Nutzung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der seit 2004 am RKI etablierten Impfsurveillance zeigen, können mit diesen Daten die Effekte von Impfungen hinsichtlich des Schutzes geimpfter aber auch ungeimpfter Personen (sogenannter Gemeinschaftsschutz) bewertet und die Krankheitslast impfpräventabler Erkrankungen (die gegebenenfalls auch nicht meldepflichtig sind) ermittelt werden. Damit decken die Daten der Impfsurveillance eine wichtige Funktion eines Nationalen Impfregisters ab und dienen darüber hinaus der Evaluation von Impfungen und Impfprogrammen.

Zu übermitteln sind die in Satz 2 bezeichneten Daten.

Die Übermittlung eines Patienten-Pseudonyms (Nummer 1) ist notwendig, um die einzelnen von den Kassenärztlichen Vereinigungen an das RKI übermittelten Datensätze auf Patientenebene miteinander verknüpfen zu können, und zwar auch, wenn ein Umzug in das Gebiet einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt. Nur so lassen sich zu Zwecken der epidemiologischen Surveillance von Impfinanspruchnahme und Impfeffekten Impfleistungen, Abrechnungsdiagnosen und Leistungen aus dem EBM-Katalog sinnvoll in Beziehung setzen und damit hinreichend genau potentiell vollständige Impfserien darstellen, die oftmals aus mehreren Impfstoffdosen bestehen und über längere Zeiträume verabreicht werden. Des Weiteren lässt sich so etwa der Schutz eines Patienten vor einer bestimmten Erkrankung berechnen, der auch noch Jahre nach der jeweiligen Impfung bestehen kann (Impfeffektivität), indem Abrechnungsdiagnosen und in Anspruch genommene Impfungen auf Patientenebene über lange Zeiträume in Beziehung gesetzt werden.

Nach Satz 3 ist eine Re-Identifizierung der Patienten für das RKI unzulässig, diese ist nur durch die jeweilige datenübermittelnde Kassenärztliche Vereinigung möglich. Bei den Verantwortlichen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

am RKI besteht mithin bei der Verarbeitung dieser pseudonymisierten Daten keine Möglichkeit der Identifizierung der betroffenen Personen.

Das RKI bestimmt das Verfahren zur Pseudonymisierung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 2 Nummer 1 sowie die technischen Übermittlungsstandards für die zur Verfügung zu stellenden Daten (Satz 4).

Es handelt sich um eine gesetzliche Datenverarbeitungsbefugnis im Sinne der Artikel 6, 9 Absatz 2 Buchstabe g, h und i der Verordnung (EU) 2016/679.

Bei Nachnutzung der Abrechnungsdaten durch das RKI entsteht in der Ärzteschaft kein zusätzlicher Arbeitsaufwand. Auch die Aufbereitung und Weiterleitung des pseudonymisierten Datenextrakts durch die Abrechnungsstellen kann weitgehend automatisiert erfolgen, wie es bei der bisherigen Übermittlung der Daten bereits der Fall ist.

Zu Nummer 8 (§ 20)

Zu Buchstabe a

Der bisherige Absatz 1 wird präzisiert. Der Bundeszentrale für die gesundheitliche Aufklärung wird die gesetzliche Aufgabe zugewiesen, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend zielgruppenspezifisch über das Thema Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zu informieren. Ziel ist, Unsicherheiten in Bezug auf Impfungen abzubauen und einen möglichst lückenlosen Impfschutz in der Bevölkerung zu erreichen.

Zu Buchstabe b

Durch die Neuregelung des § 20 Absatz 4 soll bundesrechtlich geregelt werden, dass grundsätzlich alle Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung von Schutzimpfungen berechtigt sind. Fachärztinnen und Fachärzte dürfen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit Schutzimpfungen durchführen.

Damit ist die Umsetzung der als „universelles Impfen“ bezeichneten Zielsetzung möglich, jeden Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dafür nutzen zu können, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen möglichst umgehend nachzuholen (vergleiche Empfehlungen der STIKO, Epid. Bull. 34/2018, S. 337). Zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, bei der individuelle Aufklärung und Beratung zu arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen im Vordergrund des ärztlichen Handelns steht, siehe Ausführungen zu Absatz 10.

Die Regelung sieht vor, dass Fachgebietsgrenzen beim Impfen gänzlich außer Acht bleiben. Zwar haben die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern das Impfen in den vergangenen Jahren in verschiedener Weise geregelt. Teilweise wurde in den Regelungen das Impfen im Zusammenhang der Weiterbildung gar nicht mehr angesprochen, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass die Qualifikation zum Impfen von allen Ärzten bereits mit der Ausbildung erworben wird und dass es sich beim Impfen also nicht um eine ärztliche Tätigkeit handelt, die erst im Rahmen der Weiterbildung erlernt wird (in diesem Sinne zum Beispiel Vorstandsbeschluss der Bundesärztekammer vom 28. März 2008). Teilweise wurde Impfen auch in den Weiterbildungsordnungen ausdrücklich als Inhalt aller oder nahezu aller Fachgebiete geregelt. Trotz der unterschiedlichen Herangehensweise erfolgte dies aber stets mit der gleichen Zielsetzung, universelles Impfen zu ermöglichen. Im ärztlichen Berufsrecht konnte sich allerdings bislang aus der Gebietsdefinition der Fachgebiete, die zum Beispiel auf eine Körperregion beziehungsweise auf ein Organ oder eine bestimmte Personengruppe bezogen sind (zum Beispiel Augenheilkunde, Orthopädie und Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin), weiterhin eine gewisse Einschränkung beim Impfen ergeben.

Nach Satz 2 bleiben andere bundesrechtliche Regelungen zur Berechtigung der Durchführung von Schutzimpfungen (durch andere Personengruppen) unberührt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Regelungsinhalt entspricht dem bisherigen Satz 3 und wird der Formulierung in Absatz 8 Satz 3 angepasst. Der bisherige Satz kann als Folgeänderung zu Buchstabe e (Absatz 14) aufgehoben werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb
Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.
Zu Buchstabe d
Folgeänderung zu Buchstabe e (Absatz 14).
Zu Buchstabe e
Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie verlaufen oft schwer und ziehen Komplikationen nach sich. Die sogenannte subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist eine schwere und stets tödlich verlaufende Gehirnerkrankung, die als Spätfolge einer Maserninfektion im frühen Lebensalter auftreten kann.
Impfungen gegen Masern bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion. Sie schützen nicht nur das Individuum gegen die Erkrankung (Individualschutz), sondern sie können gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung verhindern, wenn die in der Bevölkerung erreichte Impfquote hoch genug ist (Gemeinschaftsschutz). Auf diese Weise können auch Personen geschützt werden, die aus medizinischen Gründen selbst nicht geimpft werden können, bei denen aber schwere klinische Verläufe bei einer Infektion drohen. Besonders bei Personen mit geschwächten oder fehlenden Immunsystems können besonders schwerwiegende Krankheitsverläufe entstehen. So sollen zum Beispiel Säuglinge in der Regel frühestens im Alter von neun Monaten geimpft werden, also erst einige Monate nachdem ihr gegebenenfalls durch die Mutter erlangter Immunschutz nachgelassen hat. Sie sind deswegen darauf angewiesen, dass alle Menschen in ihrer Umgebung geimpft sind und sie durch den sogenannten Gemeinschaftsschutz geschützt werden. Es besteht daher ein hohes öffentliches Interesse daran, dass die Bevölkerung einen den Empfehlungen der STIKO entsprechenden Impfschutz hat. Hinzukommt, dass Deutschland im Kreis der Völkergemeinschaft das Ziel der WHO unterstützt, die Masernkrankheit in den Staaten sukzessiv zu eliminieren, um die Krankheit schließlich weltweit auszurotten. Das Ziel der Masernelimination kann ebenfalls nur mit einer ausreichenden Bevölkerungsimmunität von 95 Prozent erreicht werden.
Die von der Bundesregierung in der Vergangenheit getroffenen Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention haben zu einer Steigerung der Impfquoten auch bei der Masernimpfung beigetragen. Diese sind jedoch noch nicht ausreichend. Aktuelle Masernausbrüche verdeutlichen, dass in der Bevölkerung noch Impflücken bestehen, die der Erreichung der für eine Elimination der Masern erforderlichen Impfquote entgegenstehen. Die Gründe, warum Personen die medizinisch erforderlichen Schutzimpfung nicht oder – insbesondere hinsichtlich der zweiten Impfung zur Grundimmunisierung im Kindesalter bis zum Ende des zweiten Lebensjahres – zu spät erhalten, so dass Impflücken und Infektionsketten entstehen, sind vielfältig. So sind manchen, insbesondere nach 1970 geborenen Personen die Vorteile eines ausreichenden Impfschutzes nicht bekannt. Andere haben die empfohlene Vervollständigung des Impfschutzes vergessen oder aufgrund Unsicherheit aufgeschoben. Teilweise besteht auch eine skeptische und kategorisch ablehnende Haltung gegenüber Impfungen. Hier sind ärztliche Beratung und die gesundheitliche Aufklärung ein wichtiges Element.
Die Schutzimpfung gegen Masern hat im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und ihre Verträglichkeit ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die zur Verfügung stehenden Impfstoffe werden bereits über einen langen Zeitraum weltweit angewendet. Sie sind effektiv und nebenwirkungsarm. Das Risiko, dass infolge der Impfung schwere Komplikationen auftreten, ist wesentlich geringer als das Risiko, dass bei oder nach einer Erkrankung schwere Komplikationen auftreten.
Zu Absatz 8
Satz 1 regelt als Grundsatz, dass bestimmte Personen einen nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine durch eine Masernerkrankung erlangte Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Dabei handelt es sich nicht um eine durch unmittelbaren Zwang durchsetzbare Pflicht, die Konsequenzen eines nicht ausreichenden Impfschutzes beziehungsweise einer nicht ausreichenden Immunität ergeben sich vielmehr aus den Folgeabsätzen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nummer 1 betrifft Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden, also insbesondere in Kindertagesstätten, Kinderhorten, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie in bestimmten Formen der Kindertagespflege. Die STIKO empfiehlt eine Grundimmunisierung gegen Masern durch zwei Impfungen grundsätzlich im Alter zwischen 11 und 23 Monaten (Epid. Bull. 34/2018, S. 338). Die erste Impfung sollte in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten und die zweite Impfung sollte mit einem Abstand von mindestens 4 Wochen oder mehr, spätestens jedoch bis zum Ende des zweiten Lebensjahres, erfolgen, um den frühestmöglichen Impfschutz zu erreichen. Unterbliebene Impfungen sollen bei Kindern und Jugendlichen zeitnah nachgeholt werden. Wenn die Aufnahme eines Säuglings in eine Gemeinschaftseinrichtung (zum Beispiel Kita) bevorsteht oder erfolgt ist, empfiehlt die STIKO als Indikationsimpfung, die erste Impfung bereits ab einem Alter von 9 Monaten zu beginnen. Sofern die Erstimpfung im Alter von 9-10 Monaten erfolgt, soll die 2. Schutzimpfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres gegeben werden (Epid. Bull. 34/2018, S. 342).
Nummer 2 betrifft zum einen Personen, die bereits vier Wochen in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4, also in Heimen, betreut werden (Buchstabe a). Für Personen in Heimen gelten grundsätzlich dieselben Erwägungen wie für Personen in Kindertageseinrichtungen, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie in bestimmten Formen der Kindertagespflege (Nummer 1). Vom Begriff der „Heime“ umfasst sind jedoch auch Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche nach Inobhutnahme durch das Jugendamt in einem akuten Kinderschutzfall bzw. bis zur Klärung der Gefährdungslage untergebracht werden. Ebenso sind Einrichtungen der Heimerziehung und anderer stationärer Erziehungshilfen umfasst, die Kinder und Jugendliche aufnehmen, wenn eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und auch nicht durch ambulante Hilfeleistungen sichergestellt werden kann. Eine Masernimpflicht darf nicht dazu führen, dass eine Inobhutnahme und nachfolgende Unterbringung sowie eine stationäre Erziehungshilfe aus Kinderschutzgesichtspunkten unterbleibt, weil kein hinreichender Impfschutz des betreffenden Kindes oder Jugendlichen besteht beziehungsweise nachgewiesen werden kann. Daher wird für in Heimen betreute Personen eine vierwöchige Übergangszeit festgesetzt, nach der diese Personen erst einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Es bleibt den betroffenen Personen unbenommen, sich bereits vor Ablauf dieser vier Wochen um einen entsprechenden Impfschutz zu kümmern.
Des Weiteren betrifft Nummer 2 auch Personen, die in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 bereits vier Wochen untergebracht sind (Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, Buchstabe b). Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler sind in der Regel aufgrund kriegsbedingter Umstände in den Herkunftsländern, Flucht oder wegen des in den Herkunftsländern nicht funktionierenden Gesundheitssystems nicht geimpft. Aus diesen Ländern gibt es nur unvollständige Angaben über das Vorkommen und die Verbreitung von Masernfällen oder über durchgeführte Impfungen. Auch unter diesen Voraussetzungen zeigen Länder wie Nigeria oder Georgien als häufige Herkunftsländer von Asylsuchenden in Deutschland, nach Angaben der WHO sehr hohe Masernfallzahlen. Der dem Gesetz zugrunde liegende Gedanke, dass Personen, die auf engem Raum aus bestimmten vorgegebenen Sachgründen zusammenkommen, vor einer Ansteckung durch Impfung zu bewahren sind, muss deshalb folgerichtig auch hier Anwendung finden. Nur so können diese Personen vor einer Ansteckung geschützt werden und die Weiterverbreitung innerhalb oder außerhalb der Einrichtung verhindert werden. Aus diesem Grund wird auch das dort tätige Personal der Impfpflicht unterstellt. Nach Auswertungen in den Jahren 2004 bis 2014 wurden insgesamt 119 Ausbrüche mit 615 Fällen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende gemäß IfSG an das RKI übermittelt, davon wurden 12 Prozent durch Masern verursacht. In den Folgejahren traten zunehmend Masernausbrüche in den Einrichtungen auf. Allein im Jahr 2016 wurden knapp 30 Prozent der Masernfälle unter Personen beobachtet, die in Deutschland in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden und Ge-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

flüchteten untergekommen waren. Für Asylbewerber gewährleistet § 4 Absatz 1 Satz 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes eine Versorgung mit Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47 und 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch; die zuständige Behörde hat gemäß § 4 Absatz 3 Satz 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes sicherzustellen, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Auch für diese Gruppe von Personen gilt, dass eine Aufnahme in die entsprechenden Einrichtungen nicht von einem Masernimpfschutz abhängig gemacht werden soll, sondern diese Gruppe einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern erst nach einer Übergangszeit von vier Wochen aufweisen muss. Es bleibt den betroffenen Personen unbenommen, sich bereits vor Ablauf dieser vier Wochen um einen entsprechenden Impfschutz zu kümmern.
Die STIKO empfiehlt für diese Personengruppe Folgendes: Kinder und Jugendliche, die ungeimpft sind bzw. deren Impfstatus unklar ist, sollen Impfungen wie die unter Nummer 1 genannte Personengruppe erhalten. Erwachsende mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, sollen einmalig geimpft werden, sofern sie nach 1970 geboren sind (Epid. Bull. 34/2018, S. 342, 360).
Nummer 3 erfasst die Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben.
Bei Personen, die in den in § 23 Absatz 3 Satz 1 aufgelisteten medizinischen Einrichtungen tätig sind, handelt es sich insbesondere um medizinisches Personal, aber auch andere dort tätige Personen wie zum Beispiel Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch ehrenamtlich Tätige oder Praktikanten. Die STIKO empfiehlt derzeit für im Gesundheitsdienst oder bei der Betreuung von immundefizienten beziehungsweise immunsupprimierten Personen Tätige mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, eine einmalige Impfung, wenn sie nach 1970 geboren sind (Epid. Bull. 34/2018, S. 343). Der Masern-Impfschutz der in den in § 23 Absatz 3 Satz 1 aufgelisteten medizinischen Einrichtungen tätigen Personen ist zugleich ein Beitrag zur Einhaltung der Infektionshygiene in den medizinischen Einrichtungen. § 23a bleibt unberührt und ist weiterhin auch auf den Impf- oder Serostatus in Bezug auf Masern anwendbar.
Personal nach § 33 Nummer 1 bis 4 betrifft insbesondere Personal mit Lehr-, Erziehungs-, Pflege- oder Aufsichtstätigkeiten, aber auch Hausmeister oder Transport-, Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch ehrenamtlich Tätige oder Praktikanten. Die STIKO empfiehlt derzeit für in Gemeinschaftseinrichtungen Tätige, die nach 1970 geboren sind und einen unklarem Impfstatus haben oder keine Impfung oder nur eine Impfung in der Kindheit erhalten haben, eine einmalige Impfung (Epid. Bull. 34/2018, S. 343).
Personal nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 betrifft insbesondere Personal mit Pflege- oder Aufsichtstätigkeiten, aber auch Hausmeister oder Transport-, Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch ehrenamtlich Tätige oder Praktikanten. Die STIKO empfiehlt derzeit für diese Personen, soweit sie nach 1970 geboren sind und einen unklarem Impfstatus haben oder keine Impfung oder nur eine Impfung in der Kindheit erhalten haben, eine einmalige Impfung (Epid. Bull. 34/2018, S. 342, 361).
Satz 2 berücksichtigt den Umstand, dass für die Durchführung von Masernimpfungen, die nach Satz 1 erforderlich werden, gegenwärtig ausschließlich Kombinationsimpfstoffe gegen Masern-Mumps-Röteln beziehungsweise gegen Masern-Mumps-Röteln-Windpocken zur Verfügung stehen. Soweit eine Immunisierung gegen Masern nur mit diesen Kombinationsimpfstoffen erfolgen kann, steht das der grundsätzlichen Regel nach Satz 1 nicht entgegen.
Nach Satz 3 sind Personen von der Regelung in Satz 1 ausgenommen, bei denen eine medizinische Kontraindikation gegen die Schutzimpfung mit dem zur Verfügung stehenden Impfstoff besteht, und mithin nicht geimpft werden kann, etwa aufgrund einer Allergie gegen Bestandteile des Impfstoffs oder aufgrund einer akuten schweren Erkrankung.
Zu Absatz 9

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nach Satz 1 müssen Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden sollen oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben sollen, der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit entweder eine Impfdokumentation nach § 22 oder ein ärztliches Zeugnis darüber vorlegen, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der STIKO entspricht (Buchstabe a). Ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechend bestehenden Impfschutz kann auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 SGB V erbracht werden (vergleiche Artikel 2 Nummer 4). Die entsprechende Schutzimpfung kann auch im Rahmen der Nachweiskontrollen stattfinden.
Als Nachweisalternative kommt ein ärztliches Zeugnis in Betracht, das bestätigt, dass bei den betroffenen Personen eine Immunität gegen Masern vorliegt oder sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können (Buchstabe b). Der Arzt kann das Bestehen einer Immunität gegen Masern bestätigen, wenn ihm eine frühere Masernerkrankung der Person bekannt ist oder wenn eine serologische Titerbestimmung einen ausreichenden Immunschutz gegen Masern ergeben hat. Zur Unterstützung der Ärzteschaft beim Impfen von Patienten mit Immundefizienz beziehungsweise Immunsuppression einschließlich der Beurteilung des Vorliegens einer Kontraindikation hat die STIKO Anwendungshinweise veröffentlicht (Bundesgesundheitsblatt 2017, S. 674).
Die zuständige Behörde kann nach Satz 2 bestimmen, dass bei der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt gegenüber zu erbringen ist.
Die Behörde, die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) zuständig ist, kann bestimmen, dass der Nachweis nach Satz 1 vor dem Beginn der Tätigkeit im Rahmen einer Kindertagespflege ihr gegenüber zu erbringen ist (Satz 3).
Als Konsequenz eines nicht erbrachten Nachweises nach Satz 1 sieht Satz 4 vor, dass die Leitung der jeweiligen Einrichtung eine solche Person, soweit sie keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, nicht in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 zur Betreuung aufnehmen darf oder einer solchen Person in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 keine Tätigkeiten übertragen darf.
Die zuständige Behörde (§ 54) kann nach Satz 5 allgemeine Ausnahmen zulassen. Dies kommt zum Beispiel in Betracht, wenn der erforderliche Impfschutz wegen Impfstoffmangels nicht erlangt werden konnte oder eine Aufnahme in eine Einrichtung unaufschiebbar ist.
Für Personen, die in den genannten Einrichtungen beruflich tätig werden möchten, bedeutet die Regelung eine subjektive Berufszulassungsbeschränkung und somit einen Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Berufswahl (Artikel 12 Absatz 1 Satz 1 GG). Der Eingriff ist durch die damit verfolgten Zwecke des Schutzes der öffentlichen Gesundheit als wichtiges Gemeinschaftsgut gerechtfertigt.
Der öffentliche Träger erfüllt den gegen ihn gerichteten Anspruch auf Förderung in Tages-einrichtungen und in der Kindertagespflege (§ 24 SGB VIII) durch den Nachweis eines bedarfsgerechten Betreuungsplatzes in einer Tageseinrichtung oder in Kindertagespflege (vergleiche Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.10.2017 – 5 C 19.16). Wenn der Träger der öffentlichen Jugendhilfe einen bedarfsgerechten Betreuungsplatz nachweist, wird der Anspruch bereits durch diesen Nachweis erfüllt. Wird ein zumutbarer Betreuungsplatz abgelehnt, so verliert der Anspruchsinhaber seinen Anspruch hierauf. Dies gilt auch im Fall einer Nicht-Wahrnehmung eines Platzes aufgrund des Aufnahmeverbots nach Satz 4. Es steht den Einrichtungen nach § 33 Nummer 1 und 2 und ihren Trägern anheim, künftige Betreuungsverträge unter der aufschiebenden Bedingung eines Impfnachweises gemäß Satz 1 zu schließen.
Wenn sich aus dem Nachweis nach Satz 1 ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, so hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln (Satz 6). Das Gesundheitsamt kann sodann nach Absatz 12 tätig werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 10

Personen, die am Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen (Satz 1).

Wenn der Nachweis nicht bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorgelegt wird, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln (Satz 2).

Das Gesundheitsamt soll nicht nur in den Fällen des fehlenden Nachweises benachrichtigt werden, sondern auch in den Fällen, in denen sich aus dem vorgelegten Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist (etwa bei vorübergehender medizinischer Kontraindikation) oder vervollständigt werden kann (etwa im Fall einer noch erforderlichen Folgeimpfung).

Das Gesundheitsamt kann in beiden Fallkonstellationen nach Absatz 12 weiterverfahren. Bis dahin können die Personen, weiterhin in der Einrichtung betreut werden oder tätig sein. In diesen Fällen kann das Gesundheitsamt mit angemessenem zeitlichem Vorlauf nach Absatz 12 die Personen auffordern, den Nachweis zu erbringen.

Der Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 beziehungsweise das dazu erforderliche ärztliche Handeln darf nicht mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vermischt oder verwechselt werden. Auf Grundlage der Vorschriften der ArbMedVV kann der Arbeitgeber keine Informationen über Impf- und Serostatus des Beschäftigten verlangen; weder vom Beschäftigten noch vom Betriebsarzt. Die Erhebung des Impf- und Serostatus zur Erbringung des Nachweises nach Absatz 9 ist keine arbeitsschutzrechtliche Aufgabe. Übernimmt der Betriebsarzt diese Aufgabe dennoch, erfolgt sie aufgrund eines eigenständigen Auftrags, der klar von der arbeitsmedizinischen Vorsorge getrennt werden muss. Werden arbeitsmedizinische Vorsorge und Schutzimpfung beziehungsweise Untersuchung für den Nachweis nach Absatz 9 in einem Termin durchgeführt, muss der Betriebsarzt die unterschiedlichen Zwecke offenlegen und der Impfnachweis beziehungsweise Serostatus muss unabhängig von der Vorsorgebescheinigung im Impfausweis eingetragen bzw. ärztlich bescheinigt werden.

Zu Absatz 11

Personen, die bereits vier Wochen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 grundsätzlich innerhalb von vier weiteren Wochen vorzulegen (Satz 1 Nummer 1). Etwas anderes gilt nur für den Fall, dass die betroffenen Personen bereits am Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind. In diesem Fall ist der Nachweis (wie nach Absatz 10) bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen (Satz 1 Nummer 2).

Wenn der Nachweis nicht bis zu dem in Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 genannten Zeitpunkt vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln (vgl. hierzu die Begründung zu Absatz 10).

Zu Absatz 12

Die Gesundheitsämter können von Personen, die nach Absatz 8 Satz 1 einen nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine durch eine Masernerkrankung erlangte Immunität gegen Masern aufweisen müssen, einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 anfordern, allerdings erst zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Nachweispflicht besteht. Dabei macht

es keinen Unterschied, ob es sich um stichprobenartige Kontrollen in solchen Einrichtungen handelt oder um Personen, über die das Gesundheitsamt nach Absatz 9 Satz 6, Absatz 10 Satz 2 oder Absatz 11 Satz 2 benachrichtigt wurde. Eine doppelte Kontrolle wird jedoch regelmäßig nicht in Betracht kommen.

Bei der Vorlagepflicht an das Gesundheitsamt handelt es sich um eine durch Verwaltungsvollstreckungsrecht und insbesondere mit Zwangsgeld durchsetzbare Pflicht. Zusätzlich oder alternativ kann ein Bußgeld verhängt werden (vergleiche Nummer 13). Ist die verpflichtete Person ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, einen Nachweis vorzulegen (etwa im Fall eines Impfstoffmangels), kommen sowohl Zwangsgeld als auch Bußgeld von Vornherein nicht in Betracht.

Wenn der Nachweis nicht vorgelegt wird oder sich aus diesem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat das Gesundheitsamt die Möglichkeit, die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Beratung zu laden. In jedem Fall hat es die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern aufzufordern, wenn ein solcher Impfschutz fällig ist (Satz 2).

Das Gesundheitsamt kann außerdem gegenüber Personen, die trotz Aufforderung nach den Sätzen 1 und 2 keinen Nachweis vorlegen, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, soweit diese Personen keiner gesetzlichen Schul- oder Unterbringungsverpflichtung (etwa aufgrund des Asylgesetzes) unterliegen (Satz 3). Das gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 handelt oder um eine andere in Absatz 8 genannte Einrichtung. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung. Die Folgen für das Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis richten sich nach den vertrags-, dienst- oder arbeitsrechtlichen Grundlagen. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass der Gesetzgeber eine Schutzimpfung gegen Masern in den genannten Einrichtungen als grundsätzlich zumutbar eingestuft hat.

Der Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Berufsausübung (Artikel 12 Absatz 1 GG) bei der Erteilung des Verbotes an Personen, die in Einrichtungen nach 23 Absatz 3 Satz 1, in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 4 oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 beruflich tätig sind, ist grundsätzlich durch die mit Satz 1 verfolgten Zwecke des öffentlichen Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Das Gesundheitsamt hat das Grundrecht bei der Bemessung der Dauer des Verbotes zu berücksichtigen.

Zu Absatz 13

Absatz 13 Satz 1 ordnet an, dass bei Minderjährigkeit einer nach den Absätzen 9 bis 12 nachweispflichtigen Personen der Sorgeberechtigte dieser Person für die Erfüllung der entsprechenden Nachweispflichten zu sorgen hat. Nach Satz 2 gilt die gleiche Verpflichtung für den Betreuer einer von Verpflichtungen nach den Absätzen 9 und bis 12 betroffenen Person, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

Zu Absatz 14

Die aufgrund des Zitiergebotes nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG bestehende Regelung übernimmt den Inhalt des bisherigen Absatz 6 Satz 2 und des bisherigen Absatz 7 Satz 3. Die Regelung gilt außerdem für die Regelungen in den neuen Absätzen 8 bis 12. Obwohl die Freiwilligkeit der Impfentscheidung selbst unberührt bleibt, folgt aus der Vorgabe, dass bestimmte Personen einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern aufweisen müssen, ein mittelbarer Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG). Der Eingriff ist durch die damit verfolgten öffentlichen Ziele des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Zum Schutz der Personen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 4, Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 und medizinischen Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 vor den teilweise schwer verlaufenden Maserninfektionen ist eine gesetzliche Verpflichtung zum Vorhandensein von Immunität oder Impfschutz gegen Masern bei den in Absatz 8 genannten Personen verhältnismäßig. Die Personen in den genannten Einrichtungen sind zudem teilweise als vulnerabel einzustufen und können sich teilweise nicht selbst vor Maserninfektionen schützen. Das Risiko von Schutzimpfungen gegen Masern ist für gesunde Menschen als gering einzustufen, das gilt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

auch für Kombinationsimpfstoffe, die möglicherweise ausschließlich zur Verfügung stehen. Für Personen, die ohne erhebliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit nicht geimpft werden können, sieht das Gesetz Ausnahmen vor. Auch wird durch den mit einer Impfpflicht einhergehenden Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit der Wesensgehalt des Grundrechts nicht angetastet, da die Zielsetzung eines solchen Eingriffes gerade die Erhaltung der Unversehrtheit ist (Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 14. Juli 1959, Rn. 18, juris).

Zu Nummer 9 (§ 22)

Die Impfdokumentation muss nicht in schriftlicher Form erfolgen, sondern ist durch eine Bestätigung in elektronischer Form möglich.

Auch weiterhin ist jede Schutzimpfung nach Absatz 1 unverzüglich in einen Impfausweis, oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt werden kann, in einer Impfbescheinigung zu dokumentieren. Impfausweis und Impfbescheinigung werden als Impfdokumentation legaldefiniert.

Nach Absatz 2 Satz 1 muss die Impfdokumentation zu jeder Schutzimpfung das Datum der Schutzimpfung, die Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes, den Namen der Krankheit, gegen die geimpft wurde, sowie den Namen und die Anschrift der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person beinhalten (Satz 1 Nummer 1 bis 4).

Durch die Anpassungen des gesetzlichen Wortlauts wird unter anderem ermöglicht, dass gegebenenfalls in Zukunft die Durchführung von Schutzimpfungen auch durch Apothekerinnen und Apotheker vorgenommen werden kann. § 22 selbst regelt aber auch weiterhin nicht, welche Personen unter welchen Voraussetzungen Schutzimpfungen durchführen dürfen.

Die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person kann im rechtlich zulässigen Umfang die Hilfeleistung anderer Personen in Anspruch nehmen. So kann zur Behandlung durch einen Arzt auch die Hilfeleistung anderer Personen gehören, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

Außerdem ist nach Satz 1 Nummer 5 eine Bestätigung über die inhaltliche Richtigkeit der aufgenommenen Daten durch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person erforderlich. Dabei kann die Bestätigung mittels Unterschrift (Schriftform) oder aber in fälschungssicherer digitaler Form (mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem qualifizierten elektronischen Siegel) erfolgen.

Das zuständige Gesundheitsamt hat die Bestätigung bei Nachtragungen in einen Impfausweis vorzunehmen, wenn dem Gesundheitsamt eine entsprechende Impfdokumentation über die Durchführung der Schutzimpfung vorgelegt wird (Satz 2). In Erweiterung zur bisherigen Rechtslage soll künftig auch jeder andere Arzt unter den gleichen Voraussetzungen in der Lage sein, in der Vergangenheit vorgenommene Schutzimpfungen zu bestätigen. Diese Regelung ersetzt die bisherige Regelung in § 22 Absatz 1 Satz 2 und 3.

Nach der Neufassung des Absatzes 3 muss in der Impfdokumentation ein Hinweis auf das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen, auf die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie auf die Stellen, bei denen die sich aus einem Impfschaden ergebenden Ansprüche geltend gemacht werden können, aufgenommen werden.

Nach Absatz 4 ist in der Impfdokumentation über notwendige Folge- und Auffrischimpfungen mit Terminvorschlägen zu informieren, so dass die geimpfte Person in der Lage ist, diese rechtzeitig wahrzunehmen. Im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage, handelt es sich daher um ein obligatorisches Element der Impfdokumentation.

Zu Nummer 10 (§ 23)

Zu Buchstabe a

In der Aufzählung der Einrichtungen, deren Leiter sicherzustellen haben, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden, werden die Rettungsdienste hinzugefügt. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

berücksichtigt den qualifizierten Krankentransport von mit MRSA besiedelten Personen unter anderem in den »Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen« (Epidemiologisches Bulletin 2014, S. 696). Der Anwendungsbereich des § 23 Absatz 3 wird so an den Anwendungsbereich der Empfehlungen der KRINKO angepasst. Die Änderung hat ferner zur Folge, dass die Regelungen des neuen § 20 Absatz 8 und 9 auch für Personen gelten, die in Einrichtungen des Rettungsdienstes tätig sind.

Zu Buchstabe b

In Folge der Änderung zu Buchstabe a werden in der Aufzählung der Einrichtungen, die Hygienepläne aufzustellen haben, die Rettungsdienste hinzugefügt.

Zu Buchstabe c

Die Ermächtigung für die Länder, Rechtsverordnungen über die Infektionshygiene in bestimmten medizinischen Einrichtungen zu erlassen, wird in Folge der Änderungen zu Buchstabe a und b auf die Rettungsdienste erweitert. Die Rechtsverordnungsermächtigung wird anders als bei den anderen genannten medizinischen Einrichtungen in Bezug auf die Rettungsdienste als Kann-Ermächtigung ausgestaltet, insbesondere weil die in Absatz 8 Satz 2 genannten Regelungsinhalte nur teilweise für Rettungsdienste sachgerecht sind.

Zu Nummer 11 (§ 28)

Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie im Rahmen des IfSG.

Zu Nummer 12 (§ 33)

Die bisherige Definition der Gemeinschaftseinrichtung in § 33 wird präzisiert.

In Nummer 1 erfasst der Begriff der Kindertageseinrichtung die bisher genutzten Begriffe Kinderkrippen, Kindergärten und Kindertagesstätten.

Nummer 2 beschreibt die Fälle, bei denen auch Formen der Kindertagespflege als Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne der Norm aufzufassen sind. Der Begriff der Einrichtung im Sinne der des Infektionsschutzgesetzes ist damit ein gegenüber dem SGB VIII eigenständiger Begriff. Die nach § 43 Absatz 1 SGB VIII erlaubnispflichtige Kindertagespflege wird als Gemeinschaftseinrichtung im Sinne des IfSG definiert. Auf entsprechende Tagespflegepersonen und die Kinder in deren Tagespflege findet damit insbesondere § 20 Absatz 8 und 9 über das Erfordernis einer Immunität gegen Masern Anwendung.

Die Nummer 3 erfasst wie bisher Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen. Die Nummern 4 und 5 erfassen wie bisher Heime und Ferienlager, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden.

Der Verweis auf bisher genannte ähnliche Einrichtungen kann entfallen, weil es sich um einen nicht abschließenden Beispielskatalog handelt (Einleitung durch „insbesondere“), und daher diejenigen Einrichtungen, die den aufgezählten Einrichtungen ähnlich sind, auch weiterhin unter die Regelung fallen.

Zu Nummer 13 (§ 73)

Auf Grundlage des § 20 Absatz 9 bis 12 werden folgende neuen Bußgeldtatbestände eingeführt:

Absatz 1a Nummer 7a sanktioniert die Leitung der Einrichtung, die entgegen § 20 Absatz 9 Satz 4 eine Person zur Betreuung aufnimmt oder ihr eine Tätigkeit überträgt.

Absatz 1a Nummer 7b sanktioniert die Leitung der Einrichtung, die entgegen § 20 Absatz 9 Satz 6, Absatz 10 Satz 2 oder Absatz 11 Satz 2 das Gesundheitsamt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig benachrichtigt. Ist die Leitung der Einrichtung ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, eine entsprechende Benachrichtigung vorzunehmen, kommt ein Bußgeld nicht in Betracht. Das gilt insbesondere dann, wenn der vorgelegte Nachweis für nicht fachkundige Personen leicht misszuverstehen war (insbesondere vor der Verfügbarkeit eines entsprechenden Impfnachweises nach § 26 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

Absatz 1a Nummer 7c sanktioniert die nachweispflichtige Personen, die entgegen § 20 Absatz 12 Satz 1 (auch in Verbindung mit Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2) einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt. Ist die verpflichtete Person ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, einen Nachweis vorzulegen (etwa im Fall eines Impfstoffmangels),

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

kommt ein Bußgeld nicht in Betracht. Soll ein Bußgeld gegenüber einer in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 aufgenommenen Person verhängt werden, hat die Verfolgungsbehörde deren besondere Situation zu beachten. Neben den besonderen Schwierigkeiten für diese Personen bei dem Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern ist insbesondere auch das im Wesentlichen auf dem Sachleistungsprinzip fußende Leistungsrecht für diese Personen bei der Frage der Zweckmäßigkeit der Verfolgung als Ordnungswidrigkeit zu berücksichtigen sowie auch sonstige Umstände, durch die eine Vorwerfbarkeit des Verhaltens entfallen kann.

Absatz 1a Nummer 7d sanktioniert die Person, die einer vollziehbaren Anordnung nach § 20 Absatz 12 Satz 3 (auch in Verbindung mit Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2) zuwiderhandelt.

Zu Artikel 2 (SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 20a)

Die Änderung sieht eine verbindliche Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vor. Mit der Ergänzung des § 20a Absatz 1 Satz 2 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, ihre Leistungen in Lebenswelten im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu erbringen. Durch diese Änderung werden die Gesundheitsämter in die Lage versetzt, ihre in den Gesetzen der Länder über deren öffentlichen Gesundheitsdienst meist enthaltenen Aufgaben zur Mitwirkung in der Gesundheitsförderung und Prävention besser erfüllen zu können.

Zu Nummer 2 (§ 20f)

Die Änderung enthält eine Ergänzung des Mindestinhalts der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene durch Festlegungen über die Art und Weise der Information des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Leistungserbringung der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2. Die Änderung korrespondiert mit der Änderung zu Nummer X (§ 20a) und soll zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und auch den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe beitragen. Die Ergänzung ermöglicht es, dass der öffentliche Gesundheitsdienst und die Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe einen Überblick über geplante und laufende Förderaktivitäten der Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erhalten und so eine Möglichkeit der Verknüpfung mit weiteren Maßnahmen eröffnet wird.

Zu Nummer 3 (§ 20i)

Buchstabe a

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Buchstabe b

Soweit Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen haben (nach § 20i Absatz 1 bis 3), schließt dieser die Bereitstellung einer Impfdokumentation nach § 22 IfSG nach Absatz 4 ein. Die Krankenkassen werden ausdrücklich ermächtigt, die Versicherten in geeigneter Form (etwa in Form der postalischen Ansprache) individuell über fällige Schutzimpfungen nach Satz 1 zu informieren (das heißt über solche Schutzimpfungen, auf die Versicherte Anspruch haben). Dabei können die gemäß § 284 Absatz 3 Satz 1 die bei ihnen vorhandenen rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten (insbesondere Abrechnungsdaten) für die Zwecke dieser Aufgabe im erforderlichen Umfang verarbeiten.

Unter anderem die Untersuchung postalischer Informationsangebote zur Masernimpfung bei Erwachsenen des Bundeskanzleramtes (http://bundesregierung.de/resource/blob/975272/1150136/96dc31fedabdade0c74cff5dd6c0f/2018-07-12-masernimpfung-data.pdf?download=1) konnte eine kausale Wirkung von Informationen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Masernschutzimpfungen belegen. Im Speziellen wurde gezeigt, dass eine direkte postalische Ansprache mit neutralen Informationen zur Masernerkrankung und –impfung dazu beitragen kann, die Impfzahlen bei der wichtigen Zielgruppe der nach 1970 geborenen Erwachsenen zu erhöhen und Impflücken zu schließen.

Zu Nummer 4 (§ 26)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Ergänzung soll den G-BA dazu verpflichten, Möglichkeiten zu schaffen, dass in der Dokumentation der Untersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 (im Untersuchungsheft für Kinder entsprechend Anlage 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) auf den aufgenommenen Impfstatus in Bezug zu Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden kann (idealerweise auf einem herausnehmbaren Dokumentationsblatt). Damit soll der Nachweis nach § 20 Absatz 9 Satz 1 und § 34 Absatz 10a Satz IfSG vereinfacht ermöglicht werden.

Zu Nummer 5 (§ 132e)

Zu Buchstabe a

Durch die Streichung des Wortes „geeignet“ bei Ärzten und ärztlichem Personal in Einrichtungen sollen die in § 20 Absatz 10 IfSG vorgenommen Änderungen auch im Sozialversicherungsrecht nachvollzogen werden. Es wird klargestellt, dass die Krankenkassen alle Ärzte als Erbringer von Impfleistungen nach § 132e unter Vertrag nehmen können und dass bei den Ärzten, die eine Facharztbezeichnung führen, keine Beschränkung hinsichtlich ihrer Berechtigung zur Erbringung von Schutzimpfungsleistungen besteht. Die Verträge nach Satz 1 können somit mit Fachärzten und mit Einrichtungen mit fachärztlichem Personal unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit geschlossen werden. Damit ist die Umsetzung der als „universelles Impfen“ bezeichneten Zielsetzung möglich, jeden Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dafür nutzen zu können, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen möglichst umgehend nachzuholen (vergleiche Empfehlungen der STIKO, Epid. Bull. 34/2018, S. 337).

Innerhalb des Sozialversicherungsrechts sind die Bestimmungen des § 132e über die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen gegenüber den Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung speziell. Der Bund hat bei der Einführung der Regelung im Jahr 2007 die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen bewusst außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung organisiert, um mögliche Hindernisse für die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen zu vermeiden (Bundestags-Drucksache 16/4247, S. 31, 47).

Die ausdrückliche Erwähnung von Betriebsärzten in § 132e Absatz 1 Satz 1 kann aufgrund der vorgenommenen Erweiterung entfallen. Die Versorgung der Versichertengemeinschaft mit Schutzimpfungen auch durch Betriebsärzte wird dadurch jedoch nicht angetastet, vergleiche die Neuformulierung des Satzes 2 (vergleiche Buchstabe b).

Durch die Ersetzung der Formulierung „Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem IfSG zuständig sind“ durch die Formulierung „dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ soll allgemein der öffentliche Gesundheitsdienst als Vertragspartner bezeichnet werden.

Zu Buchstabe b

Satz 2 soll klarer als bisher herausstellen, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags Verträge insbesondere mit den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie mit Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, abzuschließen haben. Entsprechende Vertragsabschlüsse können über das Schiedsverfahren durchgesetzt werden.

Gleiches soll nunmehr auch gelten für die den öffentlichen Gesundheitsdienst, mit dem ebenfalls Verträge abzuschließen sind.

Zu Buchstabe c

Durch die Ersetzung der Formulierung „Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem IfSG zuständig sind“ durch die Formulierung „dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ soll allgemein der öffentliche Gesundheitsdienst als Vertragspartner bezeichnet werden.

Zu Nummer 6 (§ 285)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Impfsurveillance nach § 13 Absatz 5 IfSG, nach dem die Kassenärztlichen Vereinigungen dem RKI regelmäßig pseudonymisierte Versorgungsdaten für Zwecke der epidemiologischen Surveillance von Impfinanspruchnahme und Impfeffekten zur Verfügung zu stellen haben.

Zu Artikel 3 (IfSGMeldAnpV)

Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, u. a. im Bereich der Taxonomie, muss der Inhalt der IfSGMeldAnpV für die Meldung von Nachweisen von Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante sowie für die Meldepflicht für die Erkrankung sowie den Tod an einer Clostridium-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf angepasst werden. Zur Erhöhung der Transparenz des Katalogs der Meldepflichten wurden die bislang in der Rechtsverordnung geregelten Meldepflichten in den Katalog des IfSG überführt.

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 regelt das Inkrafttreten der Regelungen am 1. März 2020. Das Gesetz soll am 1. März 2020 in Kraft treten, um den betroffenen Einrichtungen und Behörden eine gewisse Vorbereitungszeit nach Verkündung des Gesetzes zu ermöglichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Absatz 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (NKR-Nr. 4831, BMG)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	
Erfüllungsaufwand 2020 und 2021:	9,7 Mio. Euro
Jährlicher Erfüllungsaufwand ab 2022:	347.000 Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	870.000 Euro
Wirtschaft	
Erfüllungsaufwand 2020 und 2021:	5,4 Mio. Euro
davon Bürokratiekosten:	*5,4 Mio. Euro*
Jährlicher Erfüllungsaufwand ab 2022:	482.000 Euro
davon Bürokratiekosten:	*482.000 Euro*
Verwaltung (Länder)	
Erfüllungsaufwand 2020 und 2021:	8,2 Mio. Euro
Jährlicher Erfüllungsaufwand ab 2022	395.000 Euro
Weitere Kosten (Private Krankenversicherung)	
2020/2021 jährlich	8,4 Mio. Euro
2022 bis 2024 jährlich	800.000 Euro
'One in, one out'-Regel	Im Sinne der ‚One in, one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein ‚In' von 482.000 Euro dar.
Evaluierung	Das BMG wird den Umsetzungsstand des Gesetzes nach dem 31. Juli 2021 evaluieren.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ziel	Ziel ist eine deutliche Steigerung der Masern-Impfquoten, um die Bevölkerung insgesamt und insbesondere vulnerable Personengruppen vor Infektion zu schützen und mittelfristig Masern in Deutschland völlig zu eliminieren.
Kriterien	Indikatoren der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
Daten	Daten der Impfsurveillance des Robert Koch-Instituts
Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Folgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

II. Im Einzelnen

Ziel des Gesetzes ist der bessere Schutz vor Maserninfektionen, insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kommen. Das Ressort sieht insbesondere ein Risiko für Personen, die z.B. aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden können. Es soll deshalb eine höhere Durchimpfungsrate erreicht werden. Für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden oder dort mit Kontakt zu den Betreuten tätig sind, sowie für Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen wird vorgesehen, dass sie einen Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Die Impfpflicht soll ansetzen, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kommen. Die Freiwilligkeit der Impfentscheidung selbst bleibt jedoch grundsätzlich unberührt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll außerdem die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen informieren. Mit dem Gesetzentwurf soll der digitale Impfausweis eingeführt werden, so dass Schutzimpfungen künftig in digitalisierter Form dokumentiert werden können. Ferner wird gesetzlich klargestellt, dass jeder Arzt in der Lage ist, Schutzimpfungen durchzuführen. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition durchführen. Die gesetzliche und private Krankenversicherung tragen die Kosten für Schutzimpfungen gegen Masern entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und für die Dokumentation der Impfungen im Impfausweis oder in einer Impfbescheinigung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II.1. Erfüllungsaufwand

Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand mit Unterstützung der Länder berechnet. Der überwiegende Teil der nach diesem Gesetzentwurf erforderlichen ärztlichen Zeugnisse ist bis zum 31. Juli 2021 vorzulegen. Der Erfüllungsaufwand wird daher insbesondere im Zeitraum nach Inkrafttreten des Gesetzes und bis zur Vorlagefrist entstehen. Das BMG hat den Erfüllungsaufwand deshalb für die Jahre 2020/2021 und den anschließenden Zeitraum berechnet.

Bürgerinnen und Bürger

Die neuen Impf- bzw. Nachweisvorgaben verpflichten die Angehörigen bestimmter Personengruppen zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, die nur zum Teil von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehende Vergütung der ärztlichen Leistungen müssen die betroffenen Bürgerinnen und Bürger selbst tragen. Unter der Annahme, dass jeweils zehn Prozent der Personengruppen betroffen sind, hat das Ressort den hierdurch entstehenden Erfüllungsaufwand mit 9,7 Mio. Euro für die Jahre 2020 und 2021 sowie mit jeweils 347.000 Euro für die Folgejahre gut nachvollziehbar wie folgt ermittelt:

Für Angehörige der impflichtigen Personengruppen, die ein ärztliches Zeugnis über eine serologische Testung auf Masern-Antikörper vorlegen müssen, entsteht Erfüllungsaufwand von 5,5 Mio. Euro in den Jahren 2020 und 2021 sowie von jeweils 210.000 Euro in den Folgejahren.

Personengruppe	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020 und 2021 in EUR	anschließender jährlicher Erfüllungsaufwand in EUR
Personal in medizinischen Einrichtungen	210.000	21.000
Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	582.000	58.000
Aufnahme in Kindertageseinrichtungen und Kitakinder	1,54 Mio.	28.000
Aufnahme in Kindertagespflege	134.000	13.000
Aufnahme in Schulen und bei Schülern	3,04 Mio.	90.000
Insgesamt:	**5,5 Mio.**	**210.000**

Wenn Bürgerinnen und Bürger ein ärztliches Zeugnis über eine medizinische Kontraindikation zur Befreiung von einer Masern-Impfung vorlegen, entstehen für eine solche Bescheinigung Kosten von durchschnittlich 12 Euro. Das BMG schätzt den Erfüllungsaufwand dafür in den Jahren

2020 und 2021 nachvollziehbar auf 4,2 Mio. Euro und in den Folgejahren auf jeweils 137.000 Euro:

	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020 und 2021 in EUR	anschließender jährlicher Erfüllungsaufwand in EUR
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	804.000	80.000
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	265.000	26.000
bei Kindern und Jugendlichen betreut in Gemeinschaftseinrichtungen	3,13 Mio.	31.000
Insgesamt:	**4,2 Mio.**	**137.000**

Sofern Bürgerinnen und Bürger keinen Impfausweis und keine Impfbescheinigung (mehr) besitzen, müssen sie eine gesonderte Bescheinigung über den Impfstatus einholen. Dafür entstehen ihnen einmalige Kosten von durchschnittlich 4 Euro. Das BMG schätzt, dass fünf Prozent der nachweispflichtigen Personen keine Impfdokumentation haben. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Impfstatusbescheinigung liegt damit bei 870.000 Euro.

Wirtschaft

In der Wirtschaft betrifft das Regelungsvorhaben Kindertagesstätten in privater Trägerschaft, Kindertagespflegepersonen und Schulen in privater Trägerschaft sowie medizinische Einrichtungen. Diese Unternehmen werden zur Anforderung und Prüfung von Impfnachweisen sowie zur Meldung säumiger Personen an das Gesundheitsamt verpflichtet.
Für die Kindertagesstätten pp. rufen die neuen Vorgaben Erfüllungsaufwand von rund 3 Mio. Euro (2020/2021) sowie von rund 242.000 (Folgejahre) hervor. Bei der nachvollziehbaren Ermittlung dieser Kostenfolgen ist das Ressort von rund 2,2 Mio. Kindern/349.000 Beschäftigten in Kindertagesstätten sowie von rund 8,3 Mio. Schülerinnen und Schülern/1,3 Mio. Beschäftigten in Schulen ausgegangen. Für die medizinischen Einrichtungen mit ihren rund 3,5 Mio. Beschäftigten entsteht Erfüllungsaufwand von rund 2,4 Mio. Euro (2020/2021) sowie von rund 240.000 in den Folgejahren.

Verwaltung (Länder)

Die neuen Vorgaben zur Anforderung und Prüfung der Impfnachweise sowie ggf. zur Meldung an das Gesundheitsamt gelten ebenso für Kindertagesstätten und Schulen in öffentlicher Trägerschaft sowie für Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bei rund 1,4 Mio. Kindern/203.000 Beschäftigten in Tagesstätten, rund 8,3 Mio. Schülerinnen und Schülern/1,3 Mio. Beschäftigten in Schulen sowie 33.500 Angehörigen des öffentlichen Gesundheitswesens entsteht mit dem Regelungsvorhaben für Länder und Kommunen ein nachvollziehbar geschätzter Erfüllungsaufwand von rund 8,2 Mio. Euro (2020/2021) sowie von jeweils rund 395.000 in den Folgejahren.

II.2. Weitere Kosten

Der Regelungsentwurf ruft bei der privaten Krankenversicherung Mehraufwand für zusätzliche Schutzimpfungen hervor. In den Jahren 2020 und 2021 werden die Weiteren Kosten bei insgesamt 8,4 Mio. Euro liegen und in den Jahren 2022 bis 2024 bei jährlich 800.000 Euro.

II.3. ‚One in one Out'-Regel

Im Sinne der ‚One in, one out'-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein ‚In' von 482.000 Euro dar.

II.4. Evaluierung

Die den Schutz gegen Masern betreffenden Bestimmungen können wieder aufgehoben werden, sobald die Weltgesundheitsorganisation (WHO) förmlich feststellt, dass Masern eliminiert sind. Den Stand der Elimination der Masern prüft die Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln am Robert Koch-Institut jährlich anhand von Zielkriterien und Indikatoren der Weltgesundheitsorganisation. Das BMG wird nach Ablauf des 31. Juli 2021 den Stand der Umsetzung des Gesetzes prüfen. Die Evaluierung soll durch Auswertung der bis dahin erreichten Impfquoten erfolgen. Die Impfquoten können mit den Daten der Impfsurveillance zeitnah ermittelt werden.

III. Ergebnis

Das Resort hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Folgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

Prof. Dr. Kuhlmann
Stellv. Vorsitzende und Berichterstatterin

Anlage 3

Stellungnahme
des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)

Der Bundesrat hat in seiner 980. Sitzung am 20. September 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 4a IfSG)

Artikel 1 Nummer 3 ist zu streichen.

Als Folge ist

Artikel 1 Nummer 1 wie folgt zu fassen:

‚1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 22 wie folgt gefasst:

„§ 22 Impfdokumentation“ ‘

Begründung:

Der Bundesrat begrüßt, dass die Bundesregierung zur Umsetzen des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz einen Vorschlag eingebracht hat, Daten zum Personal des öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGD) zu erheben. Dieser Beschluss lautete wie folgt: „Die GMK bittet die Bundesregierung, die Aufnahme der Daten zur Personalausstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in die amtliche Statistik zu veranlassen und in Zusammenarbeit mit den Ländern die Datensätze inhaltlich abzustimmen. Die GMK strebt verbindliche, einheitliche Vorgaben zur statistischen Erfassung und Meldung des Personals im ÖGD im Sinne der Daseinsversorgung an.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Diese Regelung im IfSG anzusiedeln ist jedoch sachfremd. Schon heute werden von Seiten der Statistik Daten des Gesundheitswesens erfasst und ausgewiesen. Dieses bewährte System sollte auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst genutzt werden. Daher sind Belange des Statistikrechts sowie die technische Umsetzung mit den zuständigen Stellen der Innenressorts von Bund und Ländern im Vorfeld abzustimmen. In jedem Fall muss gewährleistet sein, dass den Ländern die Daten zur Verfügung stehen. Eine direkte Meldung an das Robert Koch-Institut – wie vom Gesetzentwurf vorgesehen – ist nicht zielführend und wird vom Bundesrat abgelehnt.

Eine Abstimmung mit den Ländern hat nicht stattgefunden. Die auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz eingerichtete Arbeitsgruppe „Grundsatzfragen des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ hat sich im Mai 2019 konstituiert und den Auftrag, den Beschluss der GMK umzusetzen. Deren Ergebnisse sind im weiteren Verfahren zu berücksichtigen.

Die Übermittlung von Daten zum Personalstand ist abzulehnen, weil in Bezug auf den Verwaltungsvollzug ausschließlich Länderkompetenzen betroffen sind und für diese Bundesstatistik weder eine Zuständigkeit noch eine sachliche Notwendigkeit des Bundes erkennbar ist. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) setzt nicht nur Bundesgesetze um, sondern hat auch länderspezifische Aufgaben. Die Zuständigkeit für die Vollzugsbehörden der Gesundheitsverwaltung liegt bei den Ländern.

Auch aus fachlicher Sicht ist eine detaillierte Abfrage personenbezogener Daten für eine Weiterentwicklung des ÖGD nicht erforderlich und auch nicht zielführend.

Die Rahmenbedingungen für die Aufgabenerfüllung der Gesundheitsämter variieren von Landkreis zu Landkreis und zwischen Städten und ländlichen Regionen sehr stark. Weiter haben die Gesundheitsämter sehr vielfältige Aufgaben zu erfüllen, die eine unterschiedliche Priorisierung in Abhängigkeit von den Umweltbedingungen und der Bevölkerungsstruktur erfordern. Dies kann sich auch in der Personalzuteilung niederschlagen.

Der Ist-Personalstand zu einem bestimmten Stichtag ist zudem nicht aussagekräftig, da dieser ständigen Schwankungen unterliegt. So führen zum Beispiel Teilzeitbeschäftigungen, Elternzeit und der Eintritt von Beamten und Beamtinnen in die Freistellungsphase der Altersteilzeit dazu, dass Stellen ganz oder teilweise vorübergehend nicht besetzt sind.

Die Anzahl an verfügbaren Stellen für die unterschiedlichen Fachgruppen eines Gesundheitsamts, konkret für Amtsärztinnen und Amtsärzte, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Hygienekontrollpersonal und Sozialmedizinischen Assistentinnen und Assistenten, liegen in den Ländern vor. Eine Anfrage bei jedem einzelnen Gesundheitsamt wird als nicht gerechtfertigter Mehraufwand ohne Nutzen angesehen.

Im Rahmen der Organisationshoheit können die zuständigen Behördenleiter Verwaltungs- und Hilfspersonal für die Erfüllung der Dienstaufgaben eines Gesundheitsamts zur Verfügung stellen, aber auch andere Organisationseinheiten mit der Aufgabenerfüllung eines Gesundheitsamts beauftragen.

Die Abfrage nach Alter und Geschlecht der Beschäftigten in den einzelnen Berufsgruppen könnte als Diskriminierung verstanden werden, hat auf die Aufgabenerfüllung aus fachlicher Sicht keinen Einfluss und sollte unterlassen werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b (§ 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1a Buchstabe b IfSG)

In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b ist § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1a Buchstabe b zu streichen.

Begründung:

Das System der Meldepflicht sieht vor, dass gemäß § 6 IfSG bestimmte Krankheiten durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt und gemäß § 7 IfSG Nachweise von bestimmten Krankheitserregern durch das Labor unabhängig voneinander gemeldet werden. Ziel des IfSG war es, den Katalog der Meldetatbestände für behandelnde Ärztinnen und Ärzte möglichst kurz zu halten und auf das Nötigste zu beschränken.

Bei den in § 6 IfSG aufgeführten Erkrankungen handelt es sich um Erkrankungen, deren Ausbreitung durch die schnelle Intervention des Gesundheitsamtes unterbunden werden soll, und bei denen auf Grund einer relativ charakteristischen klinischen Symptomatik vor dem Vorliegen der spezifischen Erregernachweise eine klinische Verdachtsdiagnose gestellt werden kann (vgl. Kommentar Bales/Baumann/Schnitzler zum IfSG; 2 Auflage).

Das Krankheitsbild der Meningoenzephalitis kann durch unterschiedlichste Erreger ausgelöst werden und ist nicht charakteristisch für eine Infektion durch selten auftretende Bornaviren. Letzten Endes kann erst durch die Labordiagnostik die Krankheitsursache bestimmt werden. Hier greift dann die vorgesehene Meldepflicht nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a IfSG. Da die Infektion nur in Ausnahmefällen von Mensch zu Mensch übertragbar ist (Berichte im Zusammenhang mit Organtransplantation), ist auch eine schnelle Intervention des Gesundheitsamtes nicht notwendig, um die Weiterverbreitung zu verhindern.

Schlussendlich sollte die Meldemoral der Ärztinnen und Ärzte nicht durch diesen Systembruch gefährdet werden. Fälschlicherweise warten sie häufig bei den Tatbeständen nach § 6 IfSG das Ergebnis der Labordiagnostik ab, sodass das Gesundheitsamt erst zu spät Ermittlungen und Schutzmaßnahmen einleiten kann.

3. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 13 Absatz 4 IfSG)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 13 Absatz 4 wie folgt zu fassen:

„(4) Zum Zwecke der Feststellung einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit (Mortalitätssurveillance) übermitteln die statistischen Ämter der Länder ab dem 1. Juli 2020

den zuständigen Landesgesundheitsbehörden die ihnen durch die Standesämter übermittelten Sterbefälle am folgenden Arbeitstag. Die statistischen Ämter der Länder bereiten dafür die eingehenden Einzeldaten auf und nehmen dabei eine Mehrfachfallprüfung vor. Folgende Daten werden übermittelt:

1. Geschlecht der verstorbenen Person,
2. Jahr und Monat der Geburt der verstorbenen Person,
3. Todestag oder Todeszeitraum,
4. Landkreis oder kreisfreie Stadt des Sterbeortes, bei im Ausland verstorbenen Person den Staat des Sterbeortes,
5. Landkreis oder kreisfreie Stadt des letzten Wohnsitzes der verstorbenen Person.

Die zuständige Landesgesundheitsbehörde übermittelt die Daten spätestens am folgenden Arbeitstag dem Robert Koch-Institut. Für die Übermittlungen bestimmt das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards. Zur Errechnung der Übersterblichkeit übermitteln die statistischen Ämter der Länder frühestmöglich den zuständigen Landesgesundheitsbehörden und diese dem Robert Koch-Institut einmalig die Daten nach Satz 2 für den Zeitraum 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2020.“

Begründung:

Die Einrichtung einer Mortalitätssurveillance wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings liegen die Daten bereits heute zeitnah den statistischen Landesämtern vor. Eine Übermittlung durch die Standesämter müsste zunächst im Standard des XPersonenstand festgelegt werden und stünde somit erst im November 2021 zur Verfügung. Außerdem werden etablierte Übermittlungswege genutzt.

Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die Länder frühzeitig selbst Daten nutzen können. Hierfür können bestehende Verfahren und Erfahrungen zum Beispiel des Landes Hessen genutzt und weitergeführt werden. In weiteren Ländern haben bereits Gespräche zwischen Gesundheits- und Innenressort stattgefunden, die zum Ergebnis kamen, dass eine gesetzliche Regelung für die Weitergabe der Daten erforderlich ist.

Die etwa 4 000 Standesämter übermitteln bereits unverzüglich eingehende Sterbefälle online den jeweiligen statistischen Landesämtern, so dass die notwendigen Daten schon gebündelt für das jeweilige Land zeitnah vorliegen. Dieser Datenbestand kann ebenso zeitnah an die jeweilige Landesbehörde übermittelt werden, die für sich eine entsprechende Surveillance aufbauen kann. Entsprechend § 11 IfSG ist der Datenfluss auch für die Mortalitätssurveillance aufzubauen. Langfristig kann er auch in das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 IfSG integriert werden. Dies ist mit der Formulierung in § 14 Absatz 2 Nummer 3 IfSG bereits gewährleistet („Im elektronischen Melde- und Informationssystem können insbesondere folgende Daten fallbezogen verarbeitet und genutzt werden: … 3. die Daten, die im Rahmen der epidemiologischen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Überwachung nach § 13 erhoben worden sind, …“).

Die Daten zu Sterbeort und Wohnort können beispielsweise über die ersten fünf Stellen der Gemeindekennziffer eindeutig geliefert werden.

Auf die Angabe zu „Eintragung in das Sterberegister“ kann verzichtet werden. Der „Meldeverzug“ kann über das Sterbedatum und Eingang der Meldung ermittelt und langfristig in Analysen berücksichtigt werden.

Die Übersterblichkeit wird errechnet, indem die aktuellen beobachteten Sterbefallzahlen mit historischen Zahlen verglichen werden, die den Statistischen Landesämtern vorliegen. Würde die Übermittlung ab dem Stichtag beginnen, wäre eine entsprechende Berechnung erst ab dem Jahr 2025 möglich.

Inwiefern eine Anpassung von § 16 Bundesstatistikgesetz bezüglich der Geheimhaltung erforderlich ist, muss in diesem Zusammenhang geprüft und nötigenfalls berücksichtigt werden.

4. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e
(§ 20 Absatz 8 Satz 1 Nummer 1,
Nummer 2 Buchstabe a und
Nummer 3,
Absatz 9 Satz 1 und
Satz 4,
Absatz 10 Satz 1,
Absatz 11 Satz 1 und
Absatz 12 Satz 1 Nummer 1,
Nummer 2 Buchstabe a und
Nummer 3 IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist § 20 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 8 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Nummer 1 ist die Angabe „bis 3“ durch die Wörter „und 2 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ zu ersetzen.

bb) In Nummer 2 Buchstabe a ist die Angabe „§ 33 Nummer 4“ durch die Angabe „§ 33 Nummer 3“ zu ersetzen.

cc) In Nummer 3 sind die Wörter „4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4“ durch die Wörter „3 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ zu ersetzen.

b) Absatz 9 ist wie folgt zu ändern:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

aa) In Satz 1 ist die Angabe „bis 3“ durch die Wörter „und 2 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ und die Wörter „4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4“ sind durch die Wörter „3 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ zu ersetzen.

bb) In Satz 4 ist die Angabe „bis 3“ durch die Wörter „und 2 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ und die Wörter „4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4“ sind durch die Wörter „3 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ zu ersetzen.

c) In Absatz 10 Satz 1 ist die Angabe „bis 3“ durch die Wörter „und 2 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ und die Wörter „4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4“ sind durch die Wörter „3 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ zu ersetzen.

d) In Absatz 11 Satz 1 ist die Angabe „§ 33 Nummer 4“ durch die Angabe „§ 33 Nummer 3“ zu ersetzen.

e) Absatz 12 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Nummer 1 ist die Angabe „bis 3“ durch die Wörter „und 2 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ zu ersetzen.

bb) In Nummer 2 Buchstabe a ist die Angabe „§ 33 Nummer 4“ durch die Angabe „§ 33 Nummer 3“ zu ersetzen.

cc) In Nummer 3 sind die Wörter „4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4“ durch die Wörter „3 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 oder in Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch“ zu ersetzen.

Folgeänderung:

In Artikel 1 Nummer 12 ist § 33 Satz 2 Nummer 2 zu streichen und die Nummern 3 bis 5 werden die Nummern 2 bis 4.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Die Einbeziehung der Kindertagespflege in den Geltungsbereich des Masernschutzgesetzes ist sinnvoll. Jedoch geht die beabsichtigte grundsätzliche Subsumierung von nach § 43 Absatz 1 SGB VIII erlaubnispflichtigen Kindertagespflegestellen als Gemeinschaftseinrichtung weit über dieses Ziel hinaus.

Kindertagespflege ist bislang nicht als Gemeinschaftseinrichtung definiert, denn sie ist keine institutionelle Betreuungsform, die eine Erlaubnis nach § 45 SGB VIII erfordert.

Kindertagespflege wird gemäß § 22 Absatz 1 SGB VIII von einer geeigneten Tagespflegeperson in ihrem Haushalt oder im Haushalt des Personensorgeberechtigten geleistet. Landesrecht kann auch regeln, dass Kindertagespflege in anderen geeigneten Räumen geleistet wird. Die überwiegende Zahl der Kindertagespflegepersonen ist in ihrer eigenen Wohnung tätig (bundesweit 30 868 von 44 181 = 70 Prozent; Sachsen 887 von 1 716 = 52 Prozent). Für Kindertagespflege ist in der Regel eine Erlaubnis nach § 43 SGB VIII erforderlich. Die Erlaubnis befugt zur Betreuung von bis zu fünf gleichzeitig anwesenden, fremden Kindern. Landesrecht kann bestimmen, dass die Erlaubnis zur Betreuung von mehr als fünf gleichzeitig anwesenden, fremden Kindern erteilt werden kann. Die durchschnittliche Anzahl der in einer Kindertagespflegeeinrichtung betreuten Kinder liegt bundesweit bei 3,7 beziehungsweise in Sachsen bei 4,4.

Durch die geplante Aufnahme der nach § 43 Absatz 1 SGB VIII erlaubnispflichtigen Kindertagespflege als Gemeinschaftseinrichtung würden alle Regelungen, die das Infektionsschutzgesetz für institutionelle Gemeinschaftseinrichtungen trifft, auch für die Kindertagespflege gelten. Dies beträfe insbesondere das Erfordernis zum Festlegen eines Hygieneplans nach § 36 IfSG und Anforderungen im Zusammenhang mit der Lebensmittelhygiene (zum Beispiel zur Anordnung Küche – Toilette, Ausstattung der Küche, Essenzubereitung et cetera). Die Forderung der zuständigen Behörde zur Einhaltung der Vorschriften nach dem IfSG hätte weitreichende Konsequenzen für die Betreuungsform Kindertagespflege, bis hin zur Schließungen von Kindertagespflegestellen, die diese Anforderung nicht erfüllen können.

Zudem sind durch die beabsichtigte Aufnahme der nach § 43 Absatz 1 SGB VIII erlaubnispflichtigen Kindertagespflege als Gemeinschaftseinrichtung im Gleichklang mit den Kindertageseinrichtungen weitere analoge Anwendungen beziehungsweise einheitliche Forderungen an beide Betreuungsformen, zum Beispiel ein zweiter baulicher Rettungsweg oder im Hinblick auf die Gestaltung des Außengeländes, wahrscheinlich. Dies dürfte einen weiteren Rückgang dieses Betreuungsangebotes zur Folge haben.

5. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 6 IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e sind in § 20 Absatz 9 Satz 6 die Wörter „Wenn sich aus dem Nachweis nach Satz 1 ergibt“ durch die Wörter „Wenn der Nachweis nach Satz 1 nicht vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt“ zu ersetzen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Ein Vergleich zu § 20 Absatz 10 Satz 2 IfSG legt nahe, dass in § 20 Absatz 9 Satz 6 IfSG eine – wohl unbeabsichtigte – Regelungslücke besteht. § 20 Absatz 9 Satz 6 IfSG sollte daher um eine Regelung dahin gehend ergänzt werden, dass das Gesundheitsamt nicht nur zu verständigen ist, wenn der Impfschutz erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, sondern auch dann, wenn der Nachweis nach § 20 Absatz 9 Satz 1 IfSG überhaupt nicht erbracht wurde.

6. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 1,
Satz 4,
Satz 6 und
Absatz 10 Satz 1 und
Satz 2 IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist § 20 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 9 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist der einleitende Satzteil wie folgt zu fassen:

„Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden sollen oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung, in Einrichtungen nach § 33 Nummer 1 dem Einrichtungsträger, vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit folgenden Nachweis vorzulegen:“

bb) In Satz 4 und in Satz 6 sind jeweils nach dem Wort „Einrichtung“ die Wörter „ , in Einrichtungen nach § 33 Nummer 1 der Einrichtungsträger,“ einzufügen.

b) In Absatz 10 Satz 1 und in Satz 2 sind jeweils nach dem Wort „Einrichtung“ die Wörter „ , in Einrichtungen nach § 33 Nummer 1 dem Einrichtungsträger,“ einzufügen.

Begründung:

Der Bundesrat begrüßt, dass die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention beabsichtigt, einen besseren individuellen Schutz vor Maserninfektionen – insbesondere von vulnerablen Personengruppen in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen – umzusetzen.

Nach § 20 Absatz 9 Satz 1 IfSG müssen Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 IfSG betreut werden sollen oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG Tätigkeiten ausüben sollen, der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit entweder eine Impfdokumentation nach § 22 IfSG oder ein ärztliches Zeugnis darüber vorlegen, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der STIKO entspricht.

Der Gesetzentwurf berücksichtigt dabei nicht die (arbeits-)rechtliche Stellung der „Leitung“ im System der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen gemäß des Achten Buches Sozialgesetzbuch. Der verwendete Begriff der „Leitung“ verweist in § 20 Absatz 9 Satz 1 IfSG auf die Person der Einrichtungsleitung. Diese entscheidet weder über die Aufnahme von Personen in die Gemeinschaftseinrichtung noch über die Einstellung der in der Einrichtung tätigen Personen. Dies obliegt dem Einrichtungsträger, womit auch die Verantwortung zur Einhaltung der Bestimmungen des IfSG in diesen Fällen ausschließlich beim Träger der Einrichtung liegen kann. Das vorgeschlagene Masernschutzgesetz muss in dieser Hinsicht in § 20 IfSG geändert werden.

7. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e sind in § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 nach dem Wort „Kontraindikation“ die Wörter „nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission“ einzufügen.

Begründung:

Der Zusatz „nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission“ (STIKO) ist notwendig, um klarzustellen, dass bei der Entscheidung, ob eine Kontraindikation vorliegt, die Empfehlungen der STIKO zu Kontraindikationen und falschen Kontraindikationen (Kapitel 4.7 der Empfehlungen) zu beachten sind. Ohne diese Klarstellung wäre die Möglichkeit gegeben, dass Ärzte aufgrund falscher Kontraindikationen (etwa banale subfebrile Infekte oder Hühnereiweißallergie) ein entsprechendes Zeugnis ausstellen.

8. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 2 und Satz 5 IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist § 20 Absatz 9 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 2 sind die Wörter „zuständige Behörde“ durch die Wörter „oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr beauftragte Stelle“ zu ersetzen.

b) In Satz 5 sind die Wörter „zuständige Behörde“ durch die Wörter „oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr beauftragte Stelle“ zu ersetzen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Für die Bestimmung, dass der Immunitäts- beziehungsweise Impfnachweis bei Schulaufnahme dem Gesundheitsamt vorzulegen ist sowie die Zulassung allgemeiner Ausnahmen von der Nachweispflicht kommen in der Regel nur die obersten Landesgesundheitsbehörden infrage beziehungsweise die jeweils fachaufsichtsführenden nachgeordneten Behörden (zum Beispiel Landesoberbehörden).

9. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 3a – neu – IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist in § 20 Absatz 9 nach Satz 3 folgender Satz einzufügen:

„Die zuständige Behörde kann bestimmen, dass bei einem Schulwechsel von Schülerinnen und Schüler der Nachweis nach Satz 1 nicht erneut gegenüber der Leitung der aufnehmenden Schule erbracht werden muss, wenn der Zweck auch durch eine sichere Weitergabe der Dokumentation über den Nachweis nach Satz 1 von Schule zu Schule gewährleistet ist.“

Begründung:

Zur Vermeidung unnötigen Verwaltungsaufwands für Schulleiterinnen und Schulleiter, Schülerinnen und Schüler beziehungsweise Erziehungsberechtigte wird angeregt, eine Regelung in § 20 Absatz 9 IfSG aufzunehmen, gemäß welcher Schülerinnen und Schüler beziehungsweise deren Erziehungsberechtigte nicht bei jedem Schulwechsel erneut den Nachweis nach § 20 Absatz 9 Satz 1 IfSG erbringen müssen, wenn infolge länderrechtlicher Bestimmungen eine Weitergabe der Information, dass ein ausreichender Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern vorliegt oder Schüler aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können, sicher gewährleistet ist. So könnte dann bei einem Schulwechsel jedenfalls dann auf den Nachweis verzichtet werden, wenn die notwendigen Informationen, zum Beispiel per Schülerstammblatt, weitergegeben werden. Der Verwaltungsvollzug wird hier von Land zu Land variieren, so dass sich eine allgemeine „Öffnungsklausel“ als Grundlage für länderspezifische Regelungen empfiehlt, aber auch zwingend erforderlich erscheint.

Über die „zuständige Behörde“ (vgl. § 54 IfSG) wären die Länder dann am Zuge und könnten diese entsprechend der tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten ausgestalten.

10. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 4 IfSG)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die sich aus § 20 Absatz 9 Satz 4 IfSG ergebende Rechtsfolge zu prüfen, soweit sie den Betreuungsanspruch von in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 IfSG betreuten, nicht der gesetzlichen Schulpflicht unterliegenden, Personen modifiziert.

Begründung:

Für die Aufnahme der Kinder, deren Erziehungsberechtigte keinen Impf-nachweis erbringen wollen oder können, spricht insbesondere, dass Kinder, für die der Besuch einer Kita aus verschiedensten Gründen besonders wichtig ist, ausgeschlossen und damit Erfolge bei der Erreichbarkeit eingeschränkt würden.

Der Ansatz eines möglichst barrierefreien Zugangs zu Bildungseinrichtungen und die damit einhergehende Förderung von Chancengleichheit würden damit konterkariert.

Weiter stellt sich die dringende Frage, ob nicht gerade in den Fällen, in denen auf Seiten der Erziehungsberechtigten keine strikten Vorbehalte gegen eine Masernimpfung bestehen, der Einrichtungsbesuch im Hinblick gerade auf eine Impfung förderlich sein kann. Auch bei entsprechenden strikten Vorbehalten auf Seiten der Erziehungsberechtigten könnte ein Einrichtungsbesuch diese Vorbehalte gerade abbauen.

Darüber hinaus würde zum Beispiel ein Betreuungsverbot von nicht mehr schulpflichtigen Erwachsenen, die im Rahmen ihrer Berufsausbildung die Berufsschule besuchen, deren Aussichten, eine abgeschlossene Berufsausbildung zu erwerben, nachhaltig beeinträchtigen, unter Umständen sogar verhindern. Dies betrifft auch Geflüchtete.

11. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 4a – neu – IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist in § 20 Absatz 9 nach Satz 4 folgender Satz einzufügen:

„Die zuständige Behörde kann bestimmen, dass im Rahmen der Einstellungsuntersuchung für den Vorbereitungsdienst von Lehrkräften sowie für die Einstellungsuntersuchung für die Beschäftigung als Lehrkraft im staatlichen Schuldienst der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt gegenüber zu erbringen ist.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

In Bezug auf Lehramtsanwärter und Referendare sowie Lehrkräfte wird um Berücksichtigung der Tatsache gebeten, dass diese Personenkreise vor Aufnahme in den Vorbereitungsdienst beziehungsweise vor Aufnahme in ein Beamtenverhältnis auf Probe amtsärztlich untersucht werden. Die Überprüfung des individuellen Impfschutzes in Bezug auf Masern sollte daher sinnvoller Weise gleich im Rahmen der amtsärztlichen Einstellungsuntersuchungen erfolgen.

12. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 7 – neu – und Absatz 10 Satz 3 – neu – IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist dem § 20 Absatz 9 und 10 jeweils folgender Satz anzufügen:

„Das Gesundheitsamt informiert die Leitung der Einrichtung, wenn der Nachweis der Impfung, Immunität oder von Kontraindikationen erfolgt ist, und über Maßnahmen nach Absatz 12 Satz 3.“

Begründung:

Unter der Prämisse „Dokumentation des Nachweises nach § 20 Absatz 9 Satz 1 IfSG durch die Schule und Weitergabe des Nachweises von Schule zu Schule“ wäre ferner eine gesetzliche Verpflichtung der Gesundheitsämter aufzunehmen, die Schulen in den Fällen, in denen sie gemäß § 20 Absatz 9 und 10 IfSG eine unverzügliche Meldung an das Gesundheitsamt vornahmen, im Nachgang über den Impfschutz beziehungsweise die Immunität eines Schülers gegen Masern oder die Nichtimpfbarkeit desselben wegen einer medizinischen Kontraindikation zu unterrichten. Denn nur dann werden die Schulen in die Lage versetzt, diese Information zu dokumentieren und bei einem Schulwechsel weiterzugeben, so dass eine erneute Überprüfung des Nachweises gemäß § 20 Absatz 9 Satz 1 IfSG und eine weitere Befassung des Gesundheitsamtes unterbleiben kann. Nachteile entstehen dadurch nicht, denn das Gesundheitsamt muss die Schüler, die (vorläufig) ohne Masernschutz heranwachsen, ohnehin im Blick behalten und gegebenenfalls mit Sanktionen reagieren.

13. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 11 Satz 1 einleitender Satzteil und Nummer 1 IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist § 20 Absatz 11 Satz 1 wie folgt zu ändern:

a) Im einleitenden Satzteil sind die Wörter „bereits vier Wochen“ zu streichen.

b) Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. frühestmöglich, spätestens jedoch innerhalb von vier Wochen oder,“

Begründung:

Für die betroffene Personengruppe (Asylverfahren oder Inobhutnahme) ist ein Impfschutz gegen Masern aufgrund der Gefahr eines Ausbruchsgeschehens in den Einrichtungen besonders wichtig. In solchen Einrichtungen sind in der Vergangenheit Masernerkrankungen oder Ausbruchsgeschehen aufgetreten. Ein Impfnachweis muss daher sobald wie möglich erbracht werden. Die bisher vorgesehene Regelung beinhaltet ein achtwöchiges Abwarten bis zur Überprüfung des Impfstatus. Konsequenzen aus einem nach dieser Zeit erhobenen unzureichenden Impfstatus würden noch später erfolgen. Damit wurde in der bisher vorgesehenen Regelung ein anderer Bewertungsmaßstab angelegt, als bei anderen zur Vorlage des Impfstatus verpflichteten Personen. Die zweimalige Vierwochenfrist ist nicht nachvollziehbar begründet.

Für die Regelung muss der gleiche Bewertungsmaßstab gelten wie für andere Personen nach § 20 Absatz 9 IfSG. Der Impfstatus muss frühestmöglich bekannt sein, um sachgerechte Konsequenzen für das weitere Management ableiten zu können. Eine zusätzliche Vierwochenfrist wird gewährt für den Fall, dass zum Beispiel kurzfristige ungeplante Unterbringungen erfolgen müssen.

Die vorgeschlagene Formulierung in § 20 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 IfSG erfolgt auch im Hinblick auf § 4 Absatz 3 Satz 2 AsylbLG, wonach „den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes“ anzubieten ist.

14. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 11 Satz 3 – neu – IfSG)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e ist dem § 20 Absatz 11 folgender Satz anzufügen:

„Satz 2 gilt nicht, wenn die Leitung der Einrichtung auf andere Weise als nach Satz 1 Kenntnis darüber erlangt, dass ein Impfschutz gemäß Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 besteht.“

Begründung:

Personen, die in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen oder Spätaussiedlern untergebracht sind, werden unter Umständen mehrfach zwischen derartigen Einrichtungen verlegt, beispielsweise von Einrichtungen des Landes in kommunale Einrichtungen oder zwischen den verschiedenen Einrichtungen des Landes beziehungsweise der Kommune. Nach § 20 Absatz 11 IfSG ist dabei vier Wochen nach jeder Verlegung der aufnehmenden Einrichtung innerhalb von weiteren vier Wochen ein Impfnachweis gemäß § 20 Absatz 9 Satz 1 IfSG vorzulegen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

In der Verwaltungspraxis kommt es immer wieder vor, dass die Impfdokumentation verloren geht. In diesem Fall müsste nach der Verlegung entweder eine Mehrfertigung der Impfdokumentation beim Gesundheitsamt am Standort der abgebenden Einrichtung angefordert oder das Gesundheitsamt am Standort der aufnehmenden Einrichtung informiert werden.

Zugleich wird im Ausländerzentralregister die Durchführung von Impfungen mit Art, Ort und Datum gespeichert (§ 3 Absatz 2 Nummer 11 AZRG). Damit verfügt eine große Zahl derjenigen Behörden, die für den Betrieb der Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen oder Spätaussiedlern zuständig sind, über eine zuverlässige weitere Erkenntnisquelle hinsichtlich des Impfstatus.

Zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens und zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen gegenüber dem Betroffenen erscheint es daher geboten, dass die Leitung der Einrichtung nicht zur Meldung an das Gesundheitsamt verpflichtet wird, wenn ihr andere Erkenntnisquellen (wie insbesondere das Ausländerzentralregister) zur Verfügung stehen.

15. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20 IfSG)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen:

a) ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen die medizinisch nicht geschulten Einrichtungsleitungen in die Lage versetzt werden können, aufgrund der vorgelegten Nachweise den Impfschutz zweifelsfrei feststellen zu können. Es bestehen wegen der Vielzahl der privatrechtlichen Einrichtungsleitungen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken;

b) wie der zusätzliche Personalaufwand ausgeglichen werden kann, der angesichts des Arbeitsaufwandes bei den Einrichtungsleitungen entsteht;

c) wie die Einrichtungsleitung die ihr vorgelegten Nachweise zu dokumentieren hat, insbesondere welche Daten in diesem Zusammenhang erfasst und gespeichert werden dürfen;

d) ob im Verhältnis zu den Einrichtungsleitungen die Androhung eines Ordnungsgeldes auf grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz beschränkt werden kann.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Leiterinnen und Leiter von Kindertageseinrichtungen, aber auch von Schulen, besitzen nicht die fachliche Qualifikation, um auf der Basis eines Impfpasses die Masernimmunität feststellen zu können. Dennoch sollen sie im Rahmen der angestrebten Regelungen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

künftig Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes übernehmen. Von der Reglung wären nicht nur Einrichtungsleitungen betroffen, die dem öffentlichen Dienst angehören, sondern auch eine Vielzahl von Leitungen, die in privatrechtlich organisierten Einrichtungen tätig sind.

Zu Buchstabe b:

Einrichtungsleitungen müssten künftig regelmäßig die Impfnachweise aller „Neuzugänge“ prüfen, dokumentieren und gegebenenfalls das Gesundheitsamt informieren. Gleiches gilt hinsichtlich der Nachweisführung der bereits in den Einrichtungen Tätigen beziehungsweise Betreuten. Allein in rheinland-pfälzischen Schulbereich beispielsweise sind insoweit bis Juli 2021 rund 450 000 Impfnachweise zu prüfen. Unterstellt, die Schulleitung benötigt für sämtliche Arbeiten im Zusammenhang mit der Kontrolle des Impfnachweises durchschnittlich 15 Minuten, so ergibt sich bis Juli 2021 eine zusätzliche Arbeitsbelastung der rheinland-pfälzischen Schulleitungen von 112 500 Arbeitsstunden. Dies entspricht bei einer Jahresarbeitsleistung pro Schulleitung von 1 840 Stunden (230 Arbeitstage Tagen à 8 Stunden) rund 61 Vollzeitstellen.

Zu Buchstabe c:

Der Gesetzentwurf enthält keine Aussagen darüber, ob und gegebenenfalls wie die Einrichtungsleitung einen Impfnachweis zu dokumentieren hat. Soweit hierzu Kopien zum Beispiel aus dem Impfpass anzufertigen und aufzubewahren wären, stellt sich zudem die datenschutzrechtliche Frage, ob es zulässig ist, dass in der Einrichtung in Folge dessen Informationen gespeichert würden, die über die Offenbarungspflicht der Nachweispflichtigen hinausgehen, was immer dann der Fall ist, wenn sich aus den Kopien eines Impfpasses weitere Informationen ergeben.

Zu Buchstabe d:

Angesichts des unter Buchstabe a beschriebenen Problematik erscheint es nicht sachgemäß, Einrichtungsleitungen für einfache Fahrlässigkeit zur Verantwortung zu ziehen, obwohl sie vom Gesetzgeber mit einer Pflicht betraut werden sollen, für deren Erfüllung sie nicht die erforderliche Qualifikation besitzen.

16. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 20 IfSG)

Der Bundesrat begrüßt, dass der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine bedeutende Rolle bei der Information der Bevölkerung über Schutzimpfungen explizit zugewiesen wird und ihr dafür Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt werden. Der Bundesrat regt an, dem Robert Koch-Institut (RKI) die Aufgabe der Information der Fachöffentlichkeit in Bezug auf Schutzimpfungen zuzuweisen.

Begründung:

Gemäß § 20 Absatz 1 IfSG wird der BZgA die Aufgabe zugewiesen, die Bevölkerung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

über Schutzimpfungen zu informieren. Insbesondere im Zusammenhang mit der geplanten Impfpflicht wird die Aufklärung ganz entscheidend dazu beitragen, dass Impfungen gut akzeptiert und Widerstände gegen die Pflicht zur Impfung begrenzt werden. Auch Quoten von Impfungen, für die keine Verpflichtung eingeführt wird, müssen weiterhin auf dem hohen Niveau gehalten (zum Beispiel gegen Poliomyelitis) beziehungsweise diese erreicht werden (wie zum Beispiel die HPV-Impfung).

Neben einer allgemeinen Aufklärung der Bevölkerung bedarf es jedoch auch einer guten Information der Fachöffentlichkeit und hier besonders der Ärzteschaft. Es ist aus Studien der BZgA bekannt, dass die Ärztin und der Arzt einen ganz entscheidenden Einfluss auf die Impfbereitschaft haben. Hier hat in den letzten Jahren das RKI auch im Zusammenhang mit der Geschäftsstelle der STIKO sehr gute Informationen zur Verfügung gestellt. Dies muss weiter sichergestellt und kann ausgebaut werden. Die Aufgabe könnte entweder in § 20 Absatz 2 IfSG oder in § 4 IfSG aufgeführt werden.

17. Zu Artikel 1 Nummer 12 a – neu – (§ 56 Absatz 1 Satz 3 – neu – IfSG)

In Artikel 1 ist nach der Nummer 12 folgende Nummer 12a einzufügen:

‚12a. Dem § 56 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die keinen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern gemäß § 20 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 aufweisen, obwohl bei ihnen keine Kontraindikation gegen eine Masernschutzimpfung vorliegt.“ ‘

Begründung:

Personen, die gemäß § 20 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 IfSG einen ausreichenden Masernschutz aufweisen müssen, eine Masernschutzimpfung aber abgelehnt haben, ohne dass dafür eine medizinische Kontraindikation besteht, haben das Tätigkeitsverbot selbst verschuldet und haben daher keinen Anspruch auf Entschädigung nach § 56 Absatz 1 Satz 1 und 2 IfSG. Das erhöht den Anreiz für die Beschäftigten, sich impfen zu lassen, soweit dies medizinisch möglich ist.

18. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a (§ 73 Absatz 1a Nummer 7a und Nummer 7b IfSG)

In Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a sind § 73 Absatz 1a Nummer 7a und 7b zu streichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

a) Die vorgeschlagene Änderung stellt sich mit Blick auf die Empfehlung in Ziffer 10 und Ziffer 12 betreffend Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 bis 12 IfSG) als notwendige Folgeregelung dar.

b) Doch auch losgelöst davon ist die Streichung der genannten Bußgeldtatbestände geboten:

Für den Bereich der Kindertagesstätten gilt, dass die Einrichtungsleitung in aller Regel weder für den Abschluss eines Betreuungsvertrages noch die Einstellung neuen Personals zuständig sein wird. Auch im Bereich der Schulen und Ausbildungsstätten ist die Einrichtungsleitung grundsätzlich nicht für die Einstellung neuen Personals verantwortlich. Sowohl für die Kindertagesstätten als auch für die Schulen und Ausbildungsstätten gilt, dass die Einrichtungsleitungen keinen Einfluss darauf haben, mit welcher der mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeiten der Masernschutz nachgewiesen wird; im Falle der Vorlage eines Impfpasses verfügen sie jedoch nicht über die fachliche Qualifikation, um auf dieser Basis einen Masernschutz feststellen zu können.

Soweit die Einrichtungsleitungen dem öffentlichen Dienst angehören und sie für ihren Dienstherrn tätig werden, stellt sich zudem die Frage, ob es überhaupt zulässig wäre, sie unmittelbar persönlich zu belangen.

Mit Blick auf den vorgeschlagenen Bußgeldtatbestand in § 73 Absatz 1a Nummer 7a IfSG können Leitungskräfte regelmäßig in eine Zwangssituation kommen, gegen die Entscheidungen ihres Dienstherrn/Arbeitsgebers handeln zu müssen oder ordnungsrechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden.

Darüber hinaus entspricht eine Streichung auch der bisherigen gesetzlichen Wertung, die in § 34 Absatz 10a Satz 1 und 2 IfSG zum Ausdruck kommt: Danach haben Personensorgeberechtigte bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird der Nachweis nicht erbracht, benachrichtigt die Leitung der Kindertageseinrichtung das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben. Die Vorschrift statuiert also eine Pflicht der Leitung. In § 73 Absatz 1a Nummer 17a IfSG ist jedoch nur ein Bußgeld für die Personensorgeberechtigten vorsieht.

Dieser Wertung sollte sich auch das Masernschutzgesetz anschließen.

19. Zu Artikel 1

Der Bundesrat begrüßt, dass in die Schutzimpfung vor Masern auch Asylbewerber einbezogen werden.

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Regelung zu treffen,

dass die Aufwendungen, die durch die Impfung der in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG Untergebrachten entstehen, vom Bund übernommen werden.

Begründung:

Eine ausreichende Durchimpfungsrate unter den Asylbewerbern ist mit Blick auf die oft unzureichende Gesundheitsvorsorge in den Herkunftsländern nicht gewährleistet. Für Personen in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG (Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern) wird durch die simultane gesetzliche Verpflichtung, in diesen Einrichtungen zu wohnen, eine tatsächliche Verpflichtung zur Impfung geschaffen. Kosten für Impfungen sind gemäß § 4 Asylbewerberleistungsgesetz von den Ländern zu tragen. Da die Impfpflicht nicht den nicht bevormundenden Impfschutz des Einzelnen in dessen Eigenverantwortung, sondern vorrangig den Gesundheitsschutz der allgemeinen Bevölkerung zum Ziel hat, dürfen die Mehrkosten nicht den Ländern über die Kostentragung für die Asylbewerberleistungen zur Last fallen. Es handelt sich hierbei auch nicht um Leistungen, die von der Versichertengemeinschaft zu tragen wären.

20. Artikel 2a – neu – (§ 45 Absatz 3 Nummer 2 SGB VIII)

Nach Artikel 2 ist folgender Artikel 2a einzufügen:

‚**Artikel 2a**

Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch

In § 45 Absatz 3 Nummer 2 des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBI. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1131) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Ausbildungsnachweisen“ die Wörter „ , von Nachweisen nach § 20 Absatz 9 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.‘

Begründung:

Als eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 9 wäre in § 45 Absatz 3 Nummer 2 SGB VIII eine Klarstellung zu erwägen. Wenn ein Betreuer ohne Nachweis einer Masernimpfung beziehungsweise Masernimmunität nicht eingestellt werden kann, dann wird die Tatsache der Masernimpfung gesetzlich zu einem Geeignetheitskriterium für die einzustellende Person.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

21. Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 ist wie folgt zu fassen:

„Artikel 4
Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am 1. März 2020 in Kraft. Artikel 1 Nummer 7, soweit er sich auf § 13 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes bezieht, tritt am 1. November 2021 in Kraft.“

Begründung:

Soweit sich Artikel 1 Nummer 7 auf § 13 Absatz 4 IfSG bezieht, müssen zur technischen Umsetzung die für das Personenstandswesen eingesetzten elektronischen Fach- und Datenaustauschverfahren angepasst werden. Die entsprechenden Versionswechsel werden zum 1. November eines Jahres vorgenommen. Eine Übermittlung mittels des im Personenstandswesen eingesetzten Datenaustauschformats XPersonenstand durch die Standesämter setzt voraus, dass nach Beauftragung durch die zuständigen Gremien zunächst eine entsprechende Nachricht in XPersonenstand modelliert, in die Spezifikation XPersonenstand aufgenommen und dann in das von allen Standesämtern bundesweit genutzte Fachverfahren AutiSta implementiert wird. Auf Seiten des Robert Koch-Instituts muss zudem sichergestellt sein, dass XPersonenstandsnachrichten auch empfangen werden können. Dieser Prozess nimmt regelmäßig eine nicht unbeträchtliche Zeit in Anspruch. Allein für die Umsetzung im Fachverfahren sind, abgestellt auf den vorgegebenen Umstellungstermin zum 1. November eines Kalenderjahres, verbindliche Vorlaufzeiten von neun Monaten zwischen Veröffentlichung einer neuen Version der Spezifikation und der tatsächlichen Verfügbarkeit in den Ämtern vorgesehen, wobei die Vorarbeiten im Standard XPersonenstand zur Beauftragung, Modellierung und Abnahme der Nachricht noch nicht eingerechnet sind. Die Änderungen können wegen dieser programmtechnischen Auswirkungen deshalb erst am 1. November 2021 in Kraft treten.

22. Zum Gesetzentwurf allgemein (Erfüllungsaufwand für die Verwaltung)

Die mit dem Gesetzentwurf den Gesundheitsämtern zugewiesenen neuen beziehungsweise ausgeweiteten Aufgaben sind bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

Ein Mehraufwand für die Gesundheitsämter entsteht unter anderem aus:

– Schulungsbedarf des Personals in den Gesundheitsämtern;
– Kontrolle von Impfbescheinigungen;

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- zusätzliche Beratungen und gegebenenfalls Durchführung von Impfungen;
- Erlass von Zutrittsverboten;
- zusätzliches Aussprechen von Ausnahmen für den Besuch von Kindertagesstätten;
- zusätzliche Bearbeitungen von Benachrichtigung aus Kindertagesstätten, Schulen und medizinischen Einrichtungen/Institutionen.

Mit dem zur Verfügung stehenden Personal ist der zu erwartende Aufgabenzuwachs nicht zu bewältigen. Es entstehen Mehrkosten oder es können andere Aufgaben, darunter andere wichtige Pflichtaufgaben, nicht erfüllt werden.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, den durch die Umsetzung des Bundesgesetzes entstehenden Erfüllungsaufwand der Länder und Kommunen vollständig zu übernehmen.

Begründung:

In der Aufgabenbeschreibung des Landesverbandes ÖGD Sachsen ist als ungefährer Richtwert ein Aufwand für Impfung, inklusive Aufklärung, Dokumentation und Abrechnung von circa 25 Minuten mittlerer Dienst und 20 Minuten höherer Dienst angegeben. Impfberatungen von impfskeptischen beziehungsweise impfkritischen Personen nehmen meist noch mehr Zeit in Anspruch. Dies haben auch die bisherigen Erfahrungen mit § 34 Absatz 10a IfSG gezeigt.

Allein bei Kindern in Kitas und Schulen in Sachsen wird bei einer Impfrate von etwa 82 bis 97 Prozent vollständig Geimpfter von einer absoluten Anzahl gar nicht geimpfter Kinder, deren Eltern bis zum 31. Juli 2021 beraten werden müssten, von circa 4 000 bis 5 000 ausgegangen. Dazu kommt noch eine schwer schätzbare Anzahl betroffener Erwachsenen (Tätige in Gemeinschaftseinrichtungen und in medizinischen Einrichtungen). Auch wenn unklar ist, wie viele davon tatsächlich Verwaltungsaufwand verursachen, wird ein nicht unerheblicher Aufgabenzuwachs für die Gesundheitsämter entstehen, der mit dem zur Verfügung stehenden Personal voraussichtlich nicht zu bewältigen sein wird.

Darüber hinaus ist eine erhöhte Anzahl an Verdachtsmeldungen von Impfkomplikationen zu erwarten, insbesondere bei Personen, die trotz kritischer Einstellung verpflichtet werden, sich impfen zu lassen. Die Entgegennahme der Meldungen des Verdachtes von Impfkomplikation obliegt ebenfalls dem Gesundheitsamt. Die Prüfung und Bewertung dieser Meldung ist zeitaufwendig und wird beispielsweise in der Aufgabenbeschreibung des Landesverbandes ÖGD Sachsen mit bis zu 400 Minuten pro Fall veranschlagt.

Da in den allermeisten Fällen vor dem Bußgeldverfahren andere Lösungen angestrebt werden, werden sich die Einnahmen durch die Bußgeldverfahren vermutlich in Grenzen halten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.